



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS
CURSO: PSICOLOGIA

O IMPACTO DO FECHAMENTO DA CLÍNICA PLANALTO PARA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO DF

Elisa do Nascimento Oliveira

Brasília
Novembro/2005

ELISA DO NASCIMENTO OLIVEIRA

IMPACTO DO FECHAMENTO DA CLÍNICA PLANALTO PARA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO DISTRITO FEDERAL

Monografia apresentada como
requisito para conclusão do curso
de Psicologia do UniCEUB –
Centro Universitário de Brasília,
Faculdade de Ciências da Saúde,
sob orientação do professor
Marcos Abel

Brasília, Novembro de 2005

A presente Monografia é dedicada à Professora Virgínia Turra, que me incentivou a escrever sobre a importância do fechamento da Clínica Planalto e acreditou que esta monografia seria possível, apesar da polêmica em torno do tema.

Agradecimentos

À Deus, pelo dom da vida.

À minha família pelo incentivo durante os períodos mais difíceis na produção deste trabalho.

Ao Alexandre, meu namorado, pela compreensão nos momentos de ausência e ajuda nos momentos em que as idéias faltavam.

Ao Marden, que me cobriu de idéias incríveis que com certeza abrilhantaram este trabalho.

À toda equipe da PROSUS, em especial à minha chefe Elisa, que me permitiu acesso aos relatórios produzidos por esta Promotoria e pelas longas conversas que foram de suma importância para minha formação profissional e ao Dr. Franz, pelas correções gramaticais.

À toda equipe do Programa Vida em Casa do HSVP, pela possibilidade de participar de um programa tão importante para a Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal e em especial à Anunciação, que além de me conceder a entrevista, me ensinou muito sobre o convívio com o sofrimento mental.

Às minhas companheiras de estágio, em especial a Fernanda, Fabiane e Simone, que estiveram ao meu lado durante o estágio do hospital.

Às minhas colegas, em especial a Carol, Fé e Elaine, que estiveram junto comigo nos momentos mais especiais ao longo dessa caminhada de cinco anos.

Ao Edmar, psicólogo e enfermeiro do Instituto de Saúde Mental, por me contar detalhes do fechamento da Clínica Planalto.

Por fim, a todos os pacientes egressos da Clínica Planalto, que de uma forma ou de outra, possam se beneficiar do conhecimento aqui produzido.

Índice

Resumo	5
Lista de Abreviaturas	6
Introdução	7
Capítulo 1 Um pouco da história da loucura	11
Capítulo 2 - Reescrevendo uma história de luta	21
2.1 - No mundo	21
2.2 No Brasil	33
Capítulo 3 Fechamento da Clínica Planalto	44
Capítulo 4 Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal: antes e depois do fechamento da Clínica Repouso Planalto	50
Conclusão	60
Referências	63
Anexos	67

Resumo

A escolha do tema da presente monografia surgiu a partir do acompanhamento de usuários de Saúde Mental que passaram por um longo período de internação na Clínica Planalto e que, por consequência de seu fechamento, voltaram para casa e a realização de estágio no Ministério Público do Distrito Federal, instituição responsável pelo processo de fechamento da referida Clínica. Isto fez surgir a questão de como o fechamento da Clínica influenciou o processo de Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal.

Palavras – chave: Saúde Mental. Reforma psiquiátrica. Clínica de Repouso Planalto.

Lista de Abreviaturas

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad: Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e drogas

CAPSi: Centro de Atenção Psicossocial para infância e adolescência

COMPP: Centro de Orientação Médico Psicopedagógico

CRP_(a): Clínica Repouso de Planalto

CRP_(b): Conselho Regional de Psicologia

DATASUS: Banco de dados do Sistema Único de Saúde

DF: Distrito Federal

HSVP: Hospital São Vicente de Paulo

ISM: Instituto de Saúde Mental

NAPS: Núcleo de Atenção Psicossocial

PROSUS: Promotoria de Defesa da Saúde

PRÓ-VIDA: Promotoria de Justiça de Defesa dos Usuários dos Serviços de Saúde

SRTs: Serviços de Residências Terapêuticas

SUS: Sistema Único de Saúde

TCU: Tribunal de Contas da União

Introdução

Ao longo da história a loucura foi marcada pela exclusão e por isso, deveria ser mantida longe da sociedade. Pessoas com transtorno mental deveriam ser tratadas em instituições isoladas, uma vez que representavam uma perturbação à ordem social vigente.

No entanto, a internação não se mostrou uma forma eficaz de tratamento e a psiquiatria, enquanto saber médico, passou a ser duramente criticada e alguns de seus princípios foram revistos. Da negação do manicômio enquanto instituição de cura até a criação de novos serviços, um longo caminho foi traçado no mundo, para que o paciente psiquiátrico pudesse receber os mesmos cuidados médicos que qualquer outro doente.

No Brasil o movimento não foi diferente. Cercado por denúncias de maus-tratos, os manicômios foram criticados por profissionais, que começaram a lutar por uma nova forma de se tratar a loucura. Todavia, há um longo caminho a ser percorrido no Brasil, principalmente no Distrito Federal, para que o louco seja de fato incluído na sociedade e reconhecido como sujeito.

A atual política do governo para a saúde mental consiste em reduzir leitos psiquiátricos e criar serviços substitutivos que possam ser uma alternativa à internação no tratamento de pessoas acometidas com transtorno mental. No Brasil, foram realizadas algumas experiências neste sentido e, quando a redução de leitos psiquiátricos é acompanhada de implementação de uma rede de serviços substitutivos, tem-se percebido que estas novas formas de tratamento são altamente eficazes.

O motivo que me levou à escolha do tema foi o acompanhamento de usuários de Saúde Mental, através do Programa Vida em Casa do Hospital São Vicente de Paulo, que passaram por um longo período de internação na Clínica Planalto e que, por consequência de seu fechamento, voltaram para casa. Este estágio foi realizado por uma dupla de estagiárias, inicialmente com a supervisão da professora Tânia Inessa e posteriormente com o professor Frederico Abreu, e tinha como objetivo atender

domiciliariamente estas famílias. As visitas eram realizadas uma vez por semana, no dia e horário previamente determinados com as famílias. Durante o estágio, que teve duração de dois semestres, foram atendidas duas famílias.

Além disso, realizei estágio no Ministério Público do Distrito Federal, na Promotoria de Defesa da Saúde, instituição responsável pelo fechamento da referida clínica. Com o advento da Lei 10.216/2001, o Ministério Público ficou responsável pelo acompanhamento das internações psiquiátricas, que devem ser encaminhadas para esta instituição em, no máximo, 72 horas. Portanto, foi possível conhecer um pouco mais da rotina das instituições públicas e privadas de saúde mental do Distrito Federal, bem como acompanhar a grande demanda de internações no HSVP.

A Clínica Planalto era uma clínica privada que recebia pacientes do SUS. Após inúmeras denúncias de maus-tratos, várias instituições como o Ministério Público e Vigilância Sanitária passaram a realizar constantes visitas à clínica com o objetivo de averiguar os serviços prestados pela instituição. Várias irregularidades foram identificadas e no dia 20 de março de 2001, a clínica foi fechada.

Porém, no Distrito Federal, a idéia de Reforma Psiquiátrica veio vinculada à idéia de desospitalização somente e após o fechamento, nenhum serviço substitutivo foi criado, trazendo conseqüências não só para os profissionais, mas também para os pacientes egressos da clínica e suas famílias.

Um dos principais pontos observados durante a realização de ambos os estágios é o constante sentimento de desassistência experimentados pelas famílias, uma vez que estes pacientes¹ foram “devolvidos” à família sem que nenhum trabalho prévio fosse realizado com estes familiares para receberem estes pacientes de volta ao convívio familiar.

Soma-se a isto o fato de que alguns pacientes egressos não possuíam famílias e, conseqüentemente, não tinham para onde ir quando se fechou a Clínica. Isto gerou um problema para o ISM, por exemplo, que, em 24 horas, teve que arrumar uma enfermaria para abrigar estes pacientes.

¹ Ao longo do trabalho, o termo paciente foi utilizado em detrimento do termo usuário para designar pessoas internadas em instituições e que recebem, principalmente, cuidados médicos.

Ainda hoje, o destino destes pacientes é incerto e as residências terapêuticas se encontram apenas no desejo dos profissionais de saúde.

Assim, pode deduzir que o impacto do fechamento da Clínica Planalto não foi sentindo apenas pelos profissionais e pelas instituições, mas também pelos usuários que são constantemente reinternados e pelos familiares que se sentem desassistidos.

Então, na realização de ambos os estágios, ou seja, o acompanhamento das famílias e o acompanhamento das internações realizado pela PROSUS, surgiu a seguinte questão: como o fechamento de uma clínica privada como a Clínica Planalto pode influenciar no processo de Reforma Psiquiátrica e qual seria o seu impacto nas instituições, nas famílias, nos usuários e nos profissionais, uma vez que esta clínica representava a última instituição manicomial privada do Distrito Federal, funcionando com benefícios do SUS?

Para entender melhor esta questão foram realizadas entrevistas com profissionais de duas das principais instituições de saúde do Distrito Federal: uma assistente social do Hospital de São Vicente responsável pelo Programa Vida em Casa e um psicólogo/enfermeiro do Instituto de Saúde Mental, que estava presente no dia do fechamento da clínica. Foi entrevistada também a psicóloga da Promotoria de Defesa da Saúde do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, que fez parte do grupo do Ministério responsável pela intervenção na Clínica e foi quem elaborou o relatório sobre a intervenção do Ministério na clínica. Além disso, foi realizada uma pesquisa bibliográfica a fim de buscar referencial teórico que pudesse embasar as idéias aqui defendidas.

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas para o computador e se encontram em anexo. Nenhuma pergunta foi previamente elaborada e por isso, as entrevistas diferem entre os profissionais, sendo que a entrevista realizada com a profissional da PROSUS teve apenas uma pergunta por que esta não dispunha de tempo hábil para responder uma entrevista mais longa.

Dessa forma, a importância desta monografia reside justamente na possibilidade de se entender o andamento da Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal a partir dos fatos que sucederam o fechamento da Clínica Planalto, uma vez que a Reforma deve ser sempre entendida como um processo passível de ser influenciado por questões

políticas e sociais. Além disso, possibilita uma maior reflexão dos profissionais acerca de seu papel nesta longa caminhada pela busca de tratamentos mais dignos aos usuários de saúde mental. Espera-se com isso, que esta Monografia sirva, como ponto inicial, para uma reflexão mais aprofundada sobre o tema, pois este tema é muito complexo para se encerrar aqui.

A presente monografia foi elaborada em cinco capítulos. O primeiro *Um pouco da história da loucura* mostra as várias concepções da loucura ao longo da história. Sua importância está no fato de que permite compreender melhor como a loucura deixa de ser reconhecida como problema religioso e passa a ser reconhecida como objeto da psiquiátrica, ou seja, mostrando as concepções da loucura desde antes da escrita até o as concepções atuais, mostra toda a evolução deste conceito ao longo da história

Já o segundo capítulo *Reescrevendo uma História de Luta* faz uma revisão da trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil e no mundo que, a partir da negação do hospital enquanto lugar de cura, possibilita o reconhecimento do louco enquanto sujeito e luta pela sua reinserção social. É a partir deste reconhecimento do louco que surge a busca por novas formas de tratamentos, ou seja, tratamentos mais humanos e é justamente este o ponto defendido ao longo desta monografia.

O terceiro capítulo *Fechamento da Clínica Planalto* conta o que foi a clínica e descreve seu processo de fechamento a partir do relatório elaborado pela PROSUS.

O quarto *Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal: antes e depois do fechamento da Clínica Repouso Planalto* faz uma revisão da trajetória da Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal e a partir disto aponta os principais impactos do fechamento da Clínica para a Reforma no Distrito Federal. Para tanto, parte da política do governo para a saúde mental para fazer um contraponto entre o que é indicado pelo Ministério da Saúde e a forma como o Distrito Federal vem conduzindo as questões relativas à saúde mental.

Por fim, a Conclusão faz uma revisão de todos os conceitos abordados nos demais capítulos.

CAPÍTULO 1

UM POUCO DA HISTÓRIA DA LOUCURA

“A loucura não é contagiosa. É contagiante”.
(Samuel Magalhães- usuário de saúde mental)²

A loucura foi percebida na história da humanidade de diferentes formas, em diferentes momentos e o tratamento destinado às pessoas acometidas com as “perturbações mentais” refletiam a concepção social vigente acerca desta doença (OPAS/OMS, 2002). Percorreu concepções religiosas e mágicas; médico-filosóficas; passando pela superação do modelo asilar e introdução do cuidado humanitário até a crítica ao modelo hospitalocêntrico.

Uma série de acontecimentos impeliu um novo olhar sobre a loucura. A partir dos horrores da segunda guerra mundial, tornou-se evidente a necessidade de uma reforma psiquiátrica, devido à precariedade do tratamento dado a essas pessoas asiladas, que por serem loucas, eram desqualificadas como interlocutoras. Beers (1908) *apud* OPAS/OMS (2002, p.96) afirma que:

Quando se organizou a Comissão Nacional, a principal preocupação era humanizar os cuidados aos alienados; erradicar os abusos, brutalidades e o abandono tradicionalmente impostos aos doentes mentais; concentrar os cuidados do público na necessidade de reforma; transformar os “asilos” em hospitais; ampliar as facilidades de tratamento e elevar padrões de cuidados; obter para os doentes mentais o mesmo alto padrão de cuidados médicos geralmente aplicados aos fisicamente doentes.

Holmes (1997) afirma que desde muito antes da escrita, o comportamento anormal já era alvo de estudos e, conseqüentemente, alvo de concepções. Evidências mostram que os povos egípcios, árabes e hebreus acreditavam que este comportamento era conseqüência de espíritos e forças sobrenaturais que assumiam o

² Informação verbal

controle tanto da mente como do corpo. Comumente se utilizavam de preces e porções para fazer com que os espíritos fossem embora.

Hipócrates (460-377 d.C) foi quem afirmou que o cérebro seria responsável pelos transtornos mentais, ou seja, o transtorno seria causado por um mau funcionamento do organismo ou a partir de uma doença fisiológica. Com isso, Hipócrates anuncia a perspectiva fisiológica para o comportamento anormal, substituindo assim, as explicações sobrenaturais, inaugurando a teoria organicista da loucura. O tratamento nesta época, consistia em restabelecer o equilíbrio do organismo. Por serem consideradas doentes, as pessoas acometidas com as ditas “perturbações”, eram cuidadas juntamente com outros doentes (Holmes, 1997).

Foucault em *História da Loucura na Idade Clássica* (1972) mostra como a loucura substituiu a lepra como o principal fator de exclusão social. Com as novas abordagens clínico-terapêuticas da lepra, os leprosários ficaram vazios, deixando um espaço que mais tarde viria a ser substituído pela loucura, como o grande mal que assombra a sociedade.

No entanto, são as doenças venéreas que inicialmente ocupam este lugar vazio deixado pela lepra, mas logo estas se tornam objeto de estudo dos médicos, como qualquer outra doença física. Por isso, Foucault (1972, p.8) afirma que “[...] a verdadeira herança da lepra não é aí que deve ser buscada, mas sim num fenômeno bastante complexo, do qual a medicina demorará a se apropriar. Esse fenômeno é a loucura”.

O simbolismo encontrado pelo homem Renascentista para loucura é a *Nau dos Loucos*. Para Fernandes (2000) este simbolismo reflete o caráter desconfortante e sempre presente do louco na Renascença. Para Foucault (1972, p.10) essas Naus de loucos possivelmente “tenham sido naus de peregrinação, navios altamente simbólicos de insanos em busca da razão [...]”. Sendo assim, os loucos eram expulsos de suas cidades, colocados em barcos que atracavam em portos distantes de sua cidade natal, muito mais do que com o espírito de “limpar” a cidade, mas com o objetivo de deixar que o louco ficasse preso a sua própria partida. Uma vez em seus destinos, os loucos eram confinados em prisões e não recebiam nenhum tipo de tratamento.

Esta navegação do louco é simultaneamente a divisão rigorosa e a Passagem absoluta. Num certo sentido, ela não faz mais que desenvolver, ao longo de

uma geografia semi-real, semi-imaginária, a situação limiar do louco no horizonte das preocupações do homem medieval – situação simbólica e realizada ao mesmo tempo pelo privilégio que se dá ao louco de ser fechado às portas da cidade: sua exclusão deve encerrá-lo; se ele não pode e não deve ter outra prisão que o próprio limiar, seguram-no no lugar de passagem (Foucault, 1972, p. 12).

Na Idade Média a religião volta a ser tema central na Europa e por isso, a vida era tida como uma luta constante entre forças do bem e forças do mal (Holmes, 1997).

A loucura, neste contexto, representa esta ambigüidade entre bem e mal. As pessoas acometidas de transtornos eram tidas como possuídas por forças demoníacas e deveriam ser submetidas ao exorcismo para se livrarem de seus demônios. Porém, nem sempre o doente mental era reconhecido como “possuidor” do demônio, muitas vezes era tido como um mensageiro dele e sendo assim, era um bruxo. Ao final da Idade Média, a igreja instituiu uma verdadeira caça às bruxas e muitos doentes mentais foram confundidos com bruxas e queimados vivos, uma vez que representavam um perigo à sociedade.

Somente no século XVI as pessoas acometidas por transtornos mentais passaram a receber cuidados humanitários e não mais exorcismo ou condenação (Holmes, 1997). No entanto, apesar da palavra “cuidado”, o tratamento recebido nos asilos ou nos primeiros hospitais ainda não era o mais adequado, pois estes asilos funcionavam como prisões, onde os loucos eram confinados a sua própria loucura, sem que nenhum tratamento lhes fosse dispensado. Isto se deve ao fato destes asilos não serem instituições médicas e sim de cunho religioso e filantrópico, onde as pessoas deveriam aguardar a morte em um ambiente cristão.

Em 1656 é inaugurado o primeiro Hospital Geral em Paris que, apesar de ser um hospital, também não serve aos médicos, mas sim ao fim único de internamento generalizado, uma vez que continuou com a lógica religiosa.

O contexto social vigente nesta época é o de uma sociedade que privilegia a razão. É a partir deste momento que loucura e razão se separam e a loucura passa a ser “desrazão”. Assim sendo, a loucura ganha um significado moral, tornando uma modalidade da razão; razão esta que significa uma perda de autonomia (Nalli, 2001). Isso fortalece, cada vez mais, a ruptura entre razão e desrazão, sendo que esta última seria a perda da autonomia (*ibidem*).

O hospital geral então serviria, neste momento, como forma de expressar o que a sociedade entendia por loucura e ser o princípio organizador desta percepção, uma vez que reúne em um só lugar todos os representantes da “desrazão”: o pobre, o desocupado, o dissoluto e também o louco. Para Nalli (2001, p.5):

A percepção clássica da loucura é caracteristicamente ética, e isso se mostra nas instituições de internamento, respondendo a uma necessidade ética que não era propriamente coesa, mas sim multifacetada: uma ética de trabalho [...], mas também uma ética sexual [...] e uma ética religiosa [...] que formam, em conjunto, a ética da razão e desrazão [...].

No entanto, para que o louco fosse admitido em uma casa de internação era necessário que houvesse alguma chance de cura. Isso faz com que a loucura ganhe um novo enfoque e passe a ser reconhecida também enquanto doença. Neste momento, o objeto de estudo médico deixa de ser a loucura e passa a ser o louco, sujeito que fora dominado pela desrazão.

Aqui nasce a idéia de asilo enquanto instituição que vai demarcar o espaço do louco e conseqüentemente, o espaço do não louco. A partir deste momento, a percepção da loucura na Idade Clássica entra em crise: o internamento, com seu princípio organizador, é duramente criticado, pois a sociedade burguesa não mais aceitou que um grande contingente de pessoas continuassem sendo mantidas presas e portanto, sem produzir.

O Hospital Geral, na forma como fora concebido, exercia uma função semijurídica, situado entre o poder do rei e o da polícia (Frayze-Pereira, 1987). Amarante (2003, p. 42) afirma ainda que uma instituição nos moldes do hospital geral precisaria de um “poder forte e rigoroso” e este poder dos diretores vitalícios transcendia os muros do hospital, atingido todos aqueles que viviam sob sua jurisdição. Com isso, o hospital perde seu caráter filantrópico e assume outras funções e características. Foucault denomina este momento de “Terceira Ordem de Repressão” ou “Grande Internação” (Amarante, 2003).

Quando a loucura passa a ser reconhecida como uma doença, é preciso rever o tratamento dado a esses doentes. O hospital se torna uma instituição “medicalizada” a partir das visitas constantes de profissionais médicos. Além disso, este espaço concentrava doenças e mortes e passou a ser visto como um espaço que poderia

propagar doenças caso não fosse higienizado pela medicina social. Com isso, “o hospital torna-se uma instituição médica e a medicina, um saber e uma prática hospitalar” (*ibidem*, p. 44).

Uma consequência direta desta nova rotina do hospital, ou seja, a presença do médico, traz a idéia de que seria necessário isolar pacientes para conhecer melhor seus sintomas, que o médico deveria observar para conhecer e que seria necessário conhecer sintomas para administrar doenças. Eis o princípio do isolamento, isolar para conhecer e isto, juntamente com o argumento da higienização, justificava a internação.

Nessa relação entre sociedade e os sujeitos ditos diferentes, houve alguns profissionais, que diante do mundo da loucura, se sensibilizaram, tais como Pinel, Tuke e outros.

A partir da Revolução Francesa, em 1792, Pinel recebe a missão de reposicionar o louco, diferenciando-o dos criminosos. Porém, Pinel não rompe com a prática de isolamento apesar de ordenar que os internos do Hospital de Bicêtre fossem soltos de suas correntes e que os métodos coercitivos fossem abolidos. Com isso, o tratamento passa a ser mais humano e os hospitais gerais ganham sentido terapêutico. O que muda é que a loucura deixa de ser uma questão de justiça e passa a ser uma questão médica. Porém, o louco continua sem voz internado agora dentro do hospício, e assim, aprisionado a sua própria loucura, mesmo que esteja desacorrentado. O gesto de Pinel é considerado um marco na fundação da Psiquiatria (Amarante, 2003).

Para a reestruturação do Hospital de Paris – Hospital Bicêtre – Pinel baseou-se em três estratégias³: isolamento, constituição da ordem asilar e relação de autoridade (*ibidem*).

William Tuke, apesar de não ser médico, em 1792 fundou um hospício em York, Inglaterra. Juntamente com os Quakers, estruturou um tratamento baseado na noção de que “repouso, ar fresco e a exposição à natureza tinham valor terapêutico” (Holmes, 1997, p. 27). O objetivo de sua terapêutica era estabelecer com o paciente uma relação quase familiar para que ele – paciente – se sentisse em casa. Cabe então ao asilo reconstruir uma situação social que o louco não encontraria fora do asilo, o apoio familiar.

³ O tratamento realizado Pinel será visto com mais aprofundamento no Capítulo 2

A verdade é que os resultados de experiências como estas foram de alguma forma exagerados, pois relatos mostram que os pacientes tiveram melhoras significativas apenas com a retirada de suas correntes. Claro que estas experiências foram significativas, uma vez que serviram de modelo para novas formas de tratamento dos doentes mentais, porém, os tratamentos dispensados aos doentes ainda não eram eficazes a ponto de proporcionar tamanha mudança.

Foi neste século, século XVIII, que se iniciou a crença de que o comportamento anormal estaria ligado a causas psicológicas. Mesmer (1734 -1815) foi um dos estudiosos mais influentes deste período. Sua teoria era baseada no fato de que o comportamento anormal era causado por um desequilíbrio do que ele chamava de “líquidos magnéticos”. Em 1766, afirma que a terapêutica para corrigir esse desequilíbrio consistia em transmitir, através de um imã, o líquido magnético de um corpo humano para outro, restabelecendo o afluxo de líquido magnético que estava concentrado no órgão doente. Ele acreditava que, depois deste processo, os sintomas desapareceriam. Com isso, Mesmer, apesar de considerar o comportamento anormal uma desordem física, influenciou outros estudiosos na conclusão de que fatores psicológicos interferiam na evolução de transtornos mentais, uma vez que a comunidade científica afirmou que o magnetizador⁴ exercia influência sobre o doente (Holmes, 1997).

Porém, em 1784, o astrônomo Jean Sylvain Bailly escreve um relatório ao rei da França questionando a eficácia deste tratamento. A comunidade científica acreditava existir “um laço de tipo sexual entre os doentes e Mesmer ou o magnetizador” (Viver mente & cérebro, 2005, p. 9). Com isso, o estudioso fica proibido de continuar exercendo sua “terapêutica”.

É então, no fim do século XVIII e começo do século XIX, que a loucura passa a ser reconhecida como “o ser do homem” (Frayse-Pereira, 1985) e passa a designar uma reflexão acerca do homem. Isso redimensiona o olhar sobre a loucura.

A Organização Mundial de Saúde, em seu *Relatório Sobre a Saúde no Mundo – Saúde mental: nova concepção, nova esperança* (2002, p.95) afirma que “a Europa do

⁴ O magnetizador era quem estimulava o afluxo de líquido magnético de um corpo para outro através de uma barra de ferro magnetizada.

século XIX foi testemunha de tendências diversas”. Em geral, os usuários de saúde mental foram segregados do convívio social, sendo tratados exclusivamente por médicos - uma vez que o transtorno era considerado uma doença - em asilos, hospícios e colônias, ou seja, em espaços fechados e distantes. Esse modo de tratamento não rompe com a filosofia segregadora, muito pelo contrário, reforça-a (Venetikides, Ch et al, 2003). Então, se por um lado, o transtorno mental servia aos médicos como objeto de estudo, por outro, o comportamento dos pacientes era tido como indesejável e por isso, eles deveriam ser excluídos do convívio social.

Sigmund Freud (1856-1939) contribuiu para evolução da explicação psicológica para os comportamentos ditos anormais ao estudar o comportamento anormal denominado histeria, inicialmente, através do método de hipnose.

Em 1895, Freud recebe uma bolsa para ir estudar com Charcot, um hipnotizador muito famoso e autoridade em histeria (Marx e Hillix, 2000). Charcot demonstrou que a hipnose poderia aliviar ou até mesmo induzir sintomas histéricos que, a saber, são anatomicamente inviáveis (Fadiman, 1986). Freud então afirma que mais do que uma questão fisiológica, a relação entre histeria e hipnose decorria de um fator psicológico.

Os sintomas de pacientes histéricos baseiam-se em cenas de seu passado que lhes causaram grande impressão mas foram esquecidas (traumas); a terapêutica, nisto apoiada, consistia em fazê-los lembrar e reproduzir essas experiências num estado de hipnose (catarse)” (Freud,1914, p.17 apud Fadiman, 1986, p.4).

Porém, no final de 1892, Freud abandona a hipnose como técnica e passa a utilizar a “associação livre” como terapêutica.

Frayse-Pereira (1985) afirma que o século XIX possibilita um reencontro da loucura com a linguagem quando reconhece que, através de textos poéticos, a loucura fala do homem e que a concepção de loucura para a Psicanálise não passa pela dicotomia normal/anormal, até então vigente, uma vez que concebe a dor, os desejos e fantasias como constituintes da vida psíquica do sujeito.

Freud acreditava que o comportamento humano é conseqüente de interações entre forças da mente. Esta teoria é chamada de metapsicologia. Contudo, em 1896,

este autor utiliza pela primeira vez a palavra Psicanálise para definir seus métodos (Fadiman, 1986).

No fim do século XIX e início do século XX, as descobertas freudianas contribuíram para um novo olhar sobre a loucura. A afirmação de Freud de que o sintoma está intimamente ligado à história de vida do sujeito, fez com que o discurso do sujeito passasse a ser importante no tratamento dos distúrbios mentais, qualificando assim, a fala do paciente. Neste momento, o louco deixa de ser objeto de estudo da Psiquiatria e passa a ser visto como sujeito dentro do processo de cura (Diatkine,1993).

A partir do século XX, outros autores também estudavam o comportamento e chegaram a conclusões bastante diferentes das de Freud. Watson, em 1913, afirmou que o comportamento não é fruto de interações entre forças da mente, mas é consequência do condicionamento clássico, ou seja, não existe consciência, o comportamento é condicionado e condicionável (Fadiman, 1986). O princípio do condicionamento clássico afirma que um estímulo condicionado, quando temporalmente e repetitivamente relacionado a um estímulo desconhecido ou indiferente, passa a condicioná-lo também, tornando-o assim, um estímulo condicionado a uma determinada resposta (Holmes, 1997). Esta teoria ficou conhecida como comportamentalismo e tem como princípio básico que é possível fazer uma ciência do comportamento (Baum,1999). Skinner foi seu representante mais significativo. Para ele:

O comportamento é aquilo que se pode observar o organismo fazendo. É mais exato dizer que o comportamento é aquela parte do funcionamento do organismo que está engajada em agir sobre ou manter intercâmbio com o mundo exterior (Skinner, 1939, p.6 apud Fadiman, 1986, p. 193).

Todavia, na década de 70, alguns críticos afirmaram que o homem não é uma máquina que apenas responde a estímulos, mas que o pensamento exercia influencia na forma de se comportar. Já na década de 80, pesquisadores descobriram alguns processos do pensamento e isso possibilitou um maior entendimento da forma como pensamos. Estas descobertas – influência do pensamento no comportamento e a forma como pensamos – foram determinantes no desenvolvimento de uma nova teoria: a perspectiva cognitiva (Holmes, 1997).

Durante a metade do século XX, pesquisadores descobriram que um componente chamado anti-histamínico, utilizado no tratamento de alergia e asma, exercia efeito “positivo” em pacientes esquizofrênicos à medida que os deixava mais calmos e com o pensamento mais organizado. Com isso, surgem as drogas psicotrópicas que modificaram de forma significativa o tratamento de pessoas acometidas de transtorno mental (Holmes, 1997). Uma das consequências mais importantes desta descoberta é que o uso de medicação reduziu a necessidade de internação (ibdem). “Se os pesquisadores pudessem determinar como o cérebro era afetado por tais drogas, seria possível determinar o que no cérebro causara o comportamento anormal” (ibdem, p.30). Este é o princípio da psicofarmacologia.

A Organização Mundial de Saúde (OMS/OPAS, 2001, p.79) chama a atenção ainda para outros fatores que modificaram o paradigma da atenção à saúde mental, ou seja, mudanças significativas na forma de ver o comportamento anormal:

- *O movimento a favor dos direitos humanos converteu-se num fenômeno verdadeiramente internacional, sob a égide da recém-criada Organização das Nações Unidas, e a democracia avançou em todo o globo, embora a diferentes velocidades [...].*
- *Componentes sociais e mentais foram incorporados com firmeza na definição de saúde [...] da recém-criada OMS, em 1948.*

Além disto, verificou-se um incremento da psicofarmacologia a partir da descoberta de novos remédios, bem como o desenvolvimento de novas formas de tratamento com intervenções psicossociais (ibdem).

Juntamente com estes acontecimentos, denúncias de maus-tratos nos manicômios denunciavam o horror dos tratamentos dispensados aos usuários de saúde mental, bem como a falta de preparação da equipe técnica para lidar com estes pacientes.

Todas essas modificações impeliram um processo de reforma psiquiátrica, que hoje traz uma nova visão em saúde mental. Como afirma Delgado, a marca distintiva da reforma “está no fato de que nas últimas décadas a noção de reforma ganhou uma inflexão diferente: a crítica ao asilo deixou de visar ao seu aperfeiçoamento e humanização, vindo a incidir sobre os próprios pressupostos da psiquiatria, na condenação de seus efeitos de normatização e controle” (Delgado apud Tenório, 2001,

p. 20). Assim, toda e qualquer proposta de mudança no início do processo de Reforma Psiquiátrica terá como objeto o manicômio para mais tarde negar o hospital psiquiátrico como lugar de cura.

CAPÍTULO 2

REESCREVENDO UMA HISTÓRIA DE LUTA

*“[...] há sintomas de insanidade no mundo. A normalidade é coisa raríssima. Os muros do sanatório não são diferentes dos muros da sociedade”
(Célio)⁵.*

2.1 - No mundo

O nascimento do Hospital Geral possibilitou uma reorganização do espaço hospitalar a medida que o transformou em um local efetivamente médico e não mais filantrópico. Além disso, o hospital se tornou o local onde os médicos estudavam as doenças e classificavam seus sintomas. Estes fatos coincidem com o nascimento da Psiquiatria. Por isso, Tenório (2001) afirma que as palavras “Reforma” e “Psiquiatria” se juntaram desde o início da Psiquiatria e a experiência de Pinel no Hospital de Bicêtre é um exemplo disto.

Como dito no Capítulo I, Pinel chega à direção do Hospital de Bicêtre, em 11/09/1793 (Focault, 1972), com a missão de rever o espaço deste nosocômio e conseqüentemente, reposicionar o louco. Sua terapêutica foi baseada em três pilares denominados de *tecnologia pineliana*: isolar do mundo exterior, constituição da ordem asilar e relação de autoridade (Amarante, 2003).

O isolamento do mundo exterior se justificava com a idéia de que separar o objeto que se pretende estudar cientificamente das interferências exteriores permitiria

⁵ Célio *apud* Memórias de um sanatório

uma percepção mais apurada do mesmo. Assim sendo, o isolamento foi importante para elaboração do conhecimento científico acerca do comportamento anormal.

Isolar, para Pinel, seria importante uma vez que no período da *Grande Internação* todas as doenças estavam misturadas e agora seria preciso observar mais atentamente o fenômeno da loucura para conhecê-lo melhor.

Em suma, o isolamento traz o princípio de isolar para conhecer, mas também o de isolar para tratar. É neste contexto que Pinel desenvolve o conceito de alienação mental que seria aquele indivíduo que está alheio às regras e códigos socialmente estabelecidos e àqueles que estão a sua volta. Mais tarde esta denominação foi substituída pelo termo doença mental. É importante salientar que o conceito alienação foi o primeiro conceito médico desenvolvido para o fenômeno da loucura (ibdem).

Esquirol, primeiro discípulo de Pinel enumerou cinco justificativas para o isolamento como afirma Amarante (2003, p.20):

1. *Garantir a segurança pessoal dos loucos e de seus familiares;*
2. *Liberá-los das influências externas;*
3. *Vencer suas resistências pessoais;*
4. *Submete-los a um regime médico;*
5. *Impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais.*

É importante ressaltar que aqui surge a idéia de periculosidade associada à alienação mental, como aponta o item 1. Este argumento, até os dias atuais, serve de pretexto para justificar as longas internações em hospitais psiquiátricos, uma vez que no imaginário social o “louco” representa risco para si e para os outros.

Amarante (ibdem, p. 15) afirma que “uma das medidas importantes iniciadas pelos reformadores dos hospitais estava relacionada à ordenação do espaço institucional”. Neste momento a loucura representava uma perda de razão e isso se manifestava através de alguns sinais. Estes sinais deveriam ser agrupados em classes de acordo com suas proximidades ou distanciamentos. Isso é nosografia.

Esta separação, no entanto, não serviu apenas para uma classificação teórica. No hospital, os doentes eram agrupados em salas de acordo com seus sintomas. Este método de estudo que implicava em uma separação ou aproximação tanto teórica

quanto física dos doentes, era denominado de afastamento (Amarante, 2003). Este método requer uma observação constante dos internos.

Eis então o princípio da organização do espaço asilar: uma vez isoladas, as alienações mentais poderiam ser mais bem estudadas e conseqüentemente agrupadas em classes de acordo com suas proximidades e semelhanças. Tais agrupamentos seriam refletidos no espaço asilar, uma vez que permitiriam a criação de alas específicas para cada tipo de alienação de mental. Com isso, o hospital se tornaria um espaço de cura (*ibdem*).

Para Pinel o hospital tinha função de remédio, uma vez que acreditava que a mente alienada poderia ser reeducada. Aqui, Pinel retoma a idéia de Hipócrates ao conceber as alienações mentais como um desequilíbrio do organismo. Uma vez restabelecido o equilíbrio, ter-se-ia a cura. “Curar a alienação mental significava trazer o alienado de volta à realidade; significava controlar seus princípios e afastar suas ilusões e devaneios e falsas percepções; desenvolver nele a vontade e os desejos” (*ibdem*, p. 17).

Ao conjunto de estratégias para reeducar a mente alienada deu-se o nome de tratamento moral. Associada a estas estratégias surge a figura do hospital como fator importante no tratamento, pois a forma como este se organizava exercia um papel fundamental no tratamento moral.

Esta forma de tratamento iniciava-se com a própria disciplina imposta no hospício e se complementava com a instituição do trabalho, ou melhor, o trabalho terapêutico, que era tido como um poderoso instrumento contra o delírio e constituía-se a base do tratamento moral.

Uma vez prescrito o trabalho terapêutico, acreditava-se que este devolveria ao doente mental a faculdade da razão, perdida pelas idéias delirantes. Eis o remédio moral que tinha como função recolocar o alienado mental no mundo objetivo, redistribuindo suas energias para a consciência.

Para Pinel esta relação de poder existente dentro do hospital entre aquele que prescreve o trabalho e o alienado desvela uma tecnologia de poder sobre o corpo que trabalha.

[...] é, numa boa proporção, como força de produção que o corpo é investido por relações de poder e de dominação; mas em compensação sua constituição como força de trabalho só é possível se ele está preso num sistema de sujeição (onde a necessidade é também um instrumento político cuidadosamente organizado, calculado e utilizado); o corpo só se torna força útil se é ao mesmo tempo corpo produtivo e corpo submisso (ibidem, p. 18).

No entanto, Pinel chama a atenção para o fato de que nem sempre o tratamento moral era voltado para uma influência apenas moral do alienista para com o alienado. Muitas vezes, utilizava-se de repressão física para se obter disciplina e o castigo servia como um instrumento importante na redução de desvios comportamentais.

Foucault (1972, p. 48) chama a atenção para o fato de que o gesto de Pinel não trouxe o advento do reconhecimento positivo da loucura e um tratamento humano dos alienados ao afirmar que “é entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos; é lá – não nos esqueçamos – que eles os deixarão, não sem antes se vangloriarem por terem-nos libertado”.

O fim da 2ª Guerra Mundial foi testemunha de inúmeras mudanças na forma da sociedade se relacionar com algumas questões. A Psiquiatria, por sua vez, teve que rever muitas de suas práticas para lidar com o sofrimento humano, uma vez que a condição vivida pelos doentes internados em hospitais psiquiátricos por muitas vezes foi comparada à situação dos presos de guerra em campos de concentração. Campos (2000) afirma ainda que não só a Psiquiatria, mas todas as ciências “PSI” como a Psicologia, formaram movimentos para buscar novas soluções para as situações de sofrimento mental.

Diante desta situação de isolamento e desrespeito aos direitos humanos dos doentes mentais, surgiram movimentos que pretendiam rever e questionar as práticas institucionais vigentes, bem como o próprio hospital. A essas iniciativas deu-se o nome de Reforma Psiquiátrica e havia três grupos que propunham mudanças nos paradigmas psiquiátricos. As principais experiências são: Psicoterapia Institucional (anos 40) e a Psiquiatria de Setor (anos 60), na França; a Comunidade Terapêutica (anos 50) e a Antipsiquiatria (anos 60), na Inglaterra; a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva nos Estados Unidos (anos 60) e a Psiquiatria Democrática Italiana (anos 70).

A Psicoterapia Institucional e a Comunidade Terapêutica propuseram rever a psiquiatria a partir do próprio hospital psiquiátrico. Esta reforma teve como característica

envolver, tanto os doentes mentais, como os técnicos e médicos da comunidade num processo democrático, ou seja, tudo o que acontecia ali era de responsabilidade de todos. Sendo assim, estas abordagens tiveram uma dimensão ampla porque repensavam os fundamentos teóricos da Psiquiatria.

A Psicoterapia Institucional foi fundada na França por Tosquelles no Hospital de Sait-Alban, e tinha como princípio que a instituição deveria ser “tratada” primeiro para poder cumprir seu real objetivo, ou seja, a cura. Defendiam ainda que a situação social do pós-guerra denunciava o afastamento do hospital deste objetivo principal de tratar pessoas. A Psicoterapia Institucional denunciava a situação de poder existente dentro do hospital, uma vez que criticava o poder do médico sobre os pacientes, a verticalização das relações intra-institucionais, a exclusão, bem como a violência na sociedade (Amarante, 2003).

Tosquelles então, defendia que a Psicoterapia Institucional seria o caminho para retirar a Psiquiatria do caminho equivocado em que havia entrado, reformulando o seu instrumento de cura – o hospital psiquiátrico. Sendo assim, o hospital reformado iria oferecer tratamento adequado aos doentes mentais, possibilitando a cura e inserindo-os novamente na sociedade (ibidem). A principal experiência da Psicoterapia Institucional foi a criação dos Clubes Terapêuticos que tinham como premissa básica que seria necessário a criação de lugares concretos e estruturados nos quais os pacientes pudessem se inserir, organizando atividades de lazer como instrumento terapêutico. Esses clubes eram geridos tanto por pacientes, quanto por técnicos do hospital.

No entanto, a Psicoterapia Institucional ficou restrita aos muros do manicômio, assim como a Comunidade Terapêutica.

[...] em Saint-Alban tudo terminou em 52. A morte da experiência coincidiu com seu batismo, por Daumezon, de ‘psicoterapia institucional’ (Tosquelles, 1994, p. 101 apud Campos, 2001, p. 35). A psicoterapia institucional, diferente de outras correntes dentro da psiquiatria, não propõe o fim do hospital psiquiátrico (talvez o asilo da modernidade); pelo contrário, pensa que ele seja necessário para alguns sujeitos, em virtude de suas alienações psicóticas. O que a psicoterapia institucional busca é a transformação do hospital psiquiátrico feita de dentro para fora (Vertzman, J. et ali, 1992, p. 18 apud Campos, 2001, p. 35).

Dentro desta mesma perspectiva de Reforma focada no manicômio, surgiu um outro movimento denominado Comunidade Terapêutica. A comunidade terapêutica nasce num momento onde a Europa estava se refazendo da destruição da guerra. Grande parte da população economicamente ativa havia sido morta ou gravemente ferida nos campos de concentração e, por isso, era necessário resgatar parte da população potencialmente produtiva internada nos asilos psiquiátricos. Além disso, a Europa estava passando por um processo de redemocratização e não via com bons olhos o desrespeito com que eram tratados os doentes mentais. Então, enquanto a Psicoterapia Institucional tinha como objetivo principal rever as relações institucionais, a Comunidade Terapêutica procurava organizar a estrutura hospitalar (Amarante, 2003).

Então, além das questões referentes ao hospital psiquiátricos, tais como o questionamento de suas técnicas, estavam em jogo neste momento questões econômicas e sociais que justificaram a libertação de pacientes internados em asilos psiquiátricos (ibidem). De mais a mais, havia uma carência de profissionais de saúde para cuidar das populações acometidas pela guerra e a reformulação do espaço asilar tinha como objetivo ajudar a sanar a falta destes profissionais para população em geral.

Algumas experiências antecederam as Comunidades Terapêuticas e serviram de “modelo” para esta nova forma de tratamento que estava se propondo. Uma destas experiências foi a de Simon que após verificar que o trabalho provocara melhora significativa em paciente e no espaço hospitalar, instituiu na década de 20 sua terapêutica ativa. Posteriormente, esta denominação foi substituída por terapia ocupacional (ibidem).

Outro teórico foi Sullivan que preconizou um tratamento focado em grupos e não mais no indivíduo. Além da relação entre os membros dos grupos, Sullivan voltou sua atenção para a inter-relação entre os grupos. Este teórico iniciou seus trabalhos entre 1929 e 1930 (ibidem).

Já a década de 40 teve como característica a inclusão dos pacientes nas discussões sobre os problemas e soluções para o hospital psiquiátrico, através de pequenos grupos.

Maxwell Jones foi a figura mais importante na implementação das Comunidades Terapêuticas. Para ele a relação médico-paciente não poderia ser unilateral, com o

médico no centro porque detêm o conhecimento. O paciente deveria participar ativamente no desenvolvimento de seu tratamento e do tratamento dos demais internos. Esta modificação representou um novo estatuto em Psiquiatria (ibdem) e uma nova posição para o paciente psiquiátrico, pois este deixa de ocupar um lugar passivo e submisso e passa a ocupar uma posição participativa no processo de seu tratamento. Este autor entendia que a função terapêutica deveria ser dividida entre médicos, pacientes, familiares e comunidade (ibdem).

Para a Sociologia (Dicionário Aurélio, Séc XXI, versão eletrônica) comunidade significa um agrupamento que se caracteriza por forte coesão baseada no consenso espontâneo dos indivíduos. Assim, as Comunidades Terapêuticas tinham como preceito a divisão igualitária de tarefas, onde todos participavam ativamente da administração das funções do hospital. Este autor entendia ainda que a Comunidade proporcionava oportunidade para o que ela chamou de aprendizagem ao vivo, ou seja, “[...] utilizar situações vivenciadas no cotidiano do hospital como uma forma de exercitar as experiências da vida fora do hospital” (Amarante, 2003, p.30). No entanto, esta aprendizagem não ficou restrita apenas aos pacientes, já que os profissionais também estavam “aprendendo” novas formas de atuação; situação muito diferente da lida tradicional com que eles estavam acostumados.

Em resumo, a Comunidade Terapêutica representou uma tentativa de democratização, dando voz ao interno e permitindo que este participasse ativamente do cotidiano hospitalar. Contudo, acabou funcionando como um hospício disfarçado. Houve um ganho de humanidade, mas não houve ganho efetivo em termos de tratamento, pois continuou com a diferenciação entre cultura sadia e cultura doente.

Tanto a Comunidade Terapêutica, como a Psicoterapia Institucional buscaram na experiência de Simon subsídios para seus trabalhos. Ambas as propostas entendiam que o trabalho exercia um fator importante dentro do processo de cura do paciente, pois assim como Simon acreditavam que os pacientes poderiam assumir responsabilidades. Porém, a Psicoterapia Institucional foi buscar também na Psicanálise arcabouço teórico para fundamentar sua prática. Amarante (2003, p. 35) chega a afirmar que “a psicoterapia institucional pode também ser considerada como introdutora da psicanálise nas instituições”.

Diferentemente das Comunidades Terapêuticas e da Psicoterapia Institucional, que tinham como objetivo curar as doenças mentais a partir do tratamento das instituições, surgiram outras experiências que entendiam que a comunidade serviria como ponto central para o acompanhamento do tratamento psiquiátrico, são elas: Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Comunitária.

Por volta de 1945, ainda na França, surge uma experiência complementar à Psicoterapia Institucional: a Psiquiatria de Setor (Campos, 2000). Após movimentos que criticavam o hospício como centro de atendimento em saúde mental, começa um movimento de serviços setorizados que tinham como objetivo acabar com a segregação (Amarante, 2003).

A Psiquiatria de Setor, assim como a Psicoterapia Institucional criticava as relações de poder existentes dentro do hospital, afirmando que dentro de um espaço alienante não poderia haver cura. Iniciou então a busca por novos meios de tratamentos, em outros locais, para que o ideal de tratamento e cura da psiquiatria pudesse de fato ser alcançados. A solução encontrada foi levar o atendimento psiquiátrico para o meio social dos pacientes, nos locais usuais de convivência. A partir desta idéia, o hospital psiquiátrico passa a ser considerado mais uma forma de tratamento e não mais a única (ibidem).

A Psiquiatria de Setor funcionaria da seguinte forma: as cidades francesas seriam divididas em setores e cada um destes setores teria uma equipe responsável. O hospital psiquiátrico da cidade também seria dividido em setores, de acordo com os setores da cidade. Assim, se um paciente do setor A, por exemplo, precisasse ser internado, ele seria internado no setor A do hospital e seria acompanhado pela equipe responsável por este setor. Ao receber alta, este paciente voltaria a ser acompanhado no setor A da cidade pela mesma equipe que o acompanhou no hospital, ou seja, a equipe A.

Esta experiência baseava-se no princípio que o tratamento dentro da comunidade era mais eficaz e por isso, o hospital deveria representar este meio social. O hospital deveria ser o último recurso terapêutico, pois todo o acompanhamento deveria ser feito no setor.

Em 1960, a partir a incorporação da Psiquiatria de Setor à política de assistência psiquiátrica francesa, dividindo o território francês em setores, com, aproximadamente, 70 mil habitantes em cada setor, esta experiência é consolidada (ibdem).

A década de 60 também foi importante para os Estados Unidos a partir do surgimento da Psiquiatria Comunitária ou Preventiva. Este movimento ficou conhecido como Terceira Revolução Psiquiátrica, sendo que a primeira foi a operada por Pinel e a segunda por Freud (ibdem).

A partir da crença de que seria possível, além de tratar, evitar as doenças mentais, a Psiquiatria Preventiva faz com que a psiquiatria, enquanto saber médico substitua o objeto doença mental por saúde mental. Foi a primeira vez em que se ouviu falar de prevenção.

Para Caplan, este movimento americano foi muito bem aceito entre profissionais da área:

[...] enfoque de saúde pública do planejamento comunitário organizado, de programas globais que incluíssem a prevenção, tratamento e reabilitação das doenças mentais, e fossem coordenadas com outros programas comunitários nas área da saúde e do bem-estar social, encontrou pronta acolhida entre muitos psiquiatras e seus colegas especialistas, que nos últimos 20 anos, e em alguns casos até mais tempo, vinham explorando as possibilidades de prevenção dos distúrbios mentais em certos contextos (Caplan, 1980 p.24 apud Campos, 2000, p. 36).

Posto isto, Amarante (2003, p. 52) afirma que “as propostas inspiradas no preventivismo prepararam terreno para várias experiências de desinstitucionalização [...]”. Essa noção de desinstitucionalização surgiu no Governo Kennedy, em 1963, a partir de uma Mensagem sobre Saúde Mental e Retardamento Mental ao Congresso dos Estados Unidos.

[...] muitos desses hospitais e residências têm contado vergonhosamente com insuficiência de pessoal e excesso de pacientes, instituições desagradáveis das quais a morte propiciou, com demasiada freqüência, a única e sólida esperança de libertação (Caplan, 1980:17 apud Campos, 2000, p. 36).

Com isto, o diretor do Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos, delimitou os três pilares da desinstitucionalização:

1. *A prevenção de internações inadequadas em instituições psiquiátricas, procurando alternativas comunitárias para o seu tratamento.*
2. *Retorno para a comunidade de todos os pacientes institucionalizados que tiveram preparo adequado para tal mudança.*
3. *O estabelecimento e a manutenção de sistemas de suporte comunitário para as pessoas não-institucionalizadas que estejam merecendo serviços de saúde mental na comunidade (Amarante, 2003, p. 53).*

É importante salientar que apesar dos programas de prevenção terem aumentado significativamente a demanda ambulatorial e extra-hospitalar, isto não significou que os pacientes internados passaram a ser acompanhados pelos serviços intermediários (ibdem).

As mudanças nos paradigmas psiquiátricos a partir da Psiquiatria Preventiva fazem parte do processo denominado por Castel de *aggiornamento*, ou seja, “uma adaptação com o objetivo de tornar mais sutil e menos visível o dispositivo de controle e disciplinamento social” (ibdem). Segundo o próprio Castel (1987, p. 15 *apud* Campos, 2000, p. 34):

[...] o que implicava a um só tempo a transformação profunda de suas condições de exercício e a continuidade de sua tradição secular. Transformação profunda, pois ela se esforçava para romper com a antiga solução segregativa para intervir diretamente na comunidade. Mas continuava a visar a um objeto específico, a doença mental, através de instituições específicas, se bem que desdobradas a partir de então sobre o tecido social

Por fim, a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana questionavam a própria psiquiatria enquanto saber médico e suas práticas institucionais.

Assim como a França e os Estados Unidos, após a Segunda Guerra, a Inglaterra percebeu a necessidade de reformular seu sistema de assistência à saúde. Surge assim, entre o fim da década de 50 e início da década de 60, psiquiatras que contestavam de forma radical o saber e as instituições psiquiátricas (Amarante, 2003). Este movimento ficou conhecido como Antipsiquiatria.

A Antipsiquiatria é herdeira da Psicoterapia Institucional, mas não se limitou a propor uma mudança de dentro para fora; tinha como objetivo principal a extinção dos manicômios e acabar com diferenciação entre saúde e doença, eliminando este último

conceito (ibdem). Sendo assim, não significava um movimento contra a psiquiatria, mas sim um questionamento ao termo doença mental. Para eles “a loucura seria um fato social, político e até mesmo uma experiência positiva de libertação; uma reação a um desequilíbrio familiar”⁶ (ibdem, p. 60).

O projeto terapêutico se baseou no processo democrático das comunidades terapêuticas, um lugar onde o saber psiquiátrico seria constantemente questionado, uma vez que representava um instrumento de violência. Castel (1983, p. 30 *apud* Campos, 2000, p. 41) ao falar sobre a Antipsiquiatria afirma que:

Apologias, mesmo discutíveis, da loucura contribuíram para quebrar esse claustro feito tanto de preconceitos quanto de muros. Experiências, mesmo que aventurosas, que negavam qualquer diferença entre terapeutas e pacientes, deixaram pelo menos ver que a alternância do doente não era radical.” [...] “A antipsiquiatria foi ao mesmo tempo o sintoma e um dos repositórios de uma nova sensibilidade, segundo a qual as partilhas do positivo e do negativo, do bem e do mal, da respeitabilidade e da indignidade, da razão e da loucura, não são traçadas a priori e não são substancializadas como irreversíveis

Já o processo de Reforma Psiquiátrica Italiano começou com Franco Basaglia e teve como influência as experiências da Comunidade Terapêutica e a Psiquiatria de Setor na França. Basaglia foi um dos nomes mais importantes na transformação dos paradigmas da psiquiatria (Amarante, 2003).

Em 1961 Basaglia assume a direção do Hospital de Gorizia e percebe que apesar de Pinel há muito ter reclamado a liberdade dos internos dos asilos, estes continuavam presos. Basaglia então nega toda a realidade do manicômio, inclusive as classificações nosográficas “cuja subdivisões e elaborações revelavam ser caráter ideológico relativamente à condição real do paciente” (Basaglia, 1985, p. 112).

Apesar de se basear em outras experiências, Basaglia percebe que elas não conseguiram modificar o caráter da psiquiatria. Vai além das transformações dentro do hospital, propõe que o hospital psiquiátrico seja eliminado, pois para haver mudança seria necessário criar novos códigos para a Psiquiatria (Campos, 2000). Sendo assim, a reforma do hospital de Gorizia teve como característica questionar o fato de que somente mudanças nas técnicas seriam suficientes para modificar o enfrentamento da doença.

⁶ Para Laing, um dos principais precursores a Antipsiquiatria, a loucura não teria um caráter familiar, que sugere algo de ordem genética, mas um desequilíbrio familiar, que está ligado às relações familiares.

Por isso, Basaglia desenvolve um processo denominado renúncia ao mandato terapêutico que recusava “à delegação de poder e controle social imputada aos técnicos pela instituição hospitalar e pela sociedade” (Amarante, 2003, p. 67).

A experiência de Gorizia leva, em 1971, Basaglia a iniciar um trabalho de reforma do Hospital de Trieste, que mais tarde ficou conhecido como processo de desinstitucionalização, uma vez que se extinguiu o manicômio e o substituiu por serviços de atenção setorial (ibdem). Foi entre o período de 1975 e 1978 que os serviços foram sendo paulatinamente criados e o hospital pouco a pouco deixou de existir. Aqui surge a terminologia usuário para designar um ator social, um usuário dos serviços de saúde mental e não mais apenas paciente que por ter uma doença, é subordinado ao médico (ibdem).

Em 1973, um grupo de profissionais, inspirados nas reformas preconizadas por Basaglia cria a Psiquiatria Democrática Italiana, que muitos autores identificam como o conjunto das diversas experiências de Reforma Psiquiátrica (ibdem). Já em 1978, com a grande repercussão dos trabalhos de reforma italiana, o Parlamento Italiano aprova a Lei 180 ou Lei Basaglia, que normatiza os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Este modelo de reforma influenciou o processo de reforma brasileiro.

2.2 - No Brasil

No Brasil, a chegada da família Real, em 1808, trouxe para a cidade do Rio de Janeiro um grande desenvolvimento, que gerou vários problemas. Neste contexto, nasce a medicina social, que tinha como função buscar soluções para estes problemas. Surge então uma preocupação com as precárias condições em que os loucos viviam. Por volta de 1885, pela primeira vez na história brasileira, reivindica-se a criação de um asilo de alienados (Amarante, 2003), para que a organização dos espaços públicos fosse alcançada, conforme orientação da medicina higienista e social vigente na época.

O processo de criação destes espaços se baseou nas experiências de Pinel, que entendia que o tratamento deveria se basear em princípios como isolamento e tratamento moral.

No ano de 1841 é oficialmente criado o Hospício de Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro, que ficou ligado às Casas de Misericórdia (ibdem). Porém, esta instituição foi duramente criticada e acusada de ser um espaço filantrópico. Houve, então, uma luta para transformar os espaços religiosos em espaços médicos. Criticava-se ainda o fato de que nestes espaços a psiquiatria não estava no poder, uma vez que essas casas eram espaços de acolhimento. Amarante (2003, p. 31) afirma que:

[...] a criação do Hospício de Pedro II, apesar de ter representado uma conquista fundamental na captura e apropriação da responsabilidade da loucura para os médicos, não assegurava ainda a consolidação da hegemonia alienista. Este objetivo só seria alcançado com a chegada do regime republicano em 1889, quando os médicos obtiveram autonomia e poder efetivos para realizar diagnósticos, internações, tratamentos e altas.

Em 1890, o Hospício de Pedro II é desligado das Casas de Misericórdia e passa ser subordinado à administração pública com o nome de Hospício Nacional dos Alienados (ibdem). Foram criadas ainda colônias de alienados. Isto caracterizou o primeiro movimento de reforma psiquiátrica brasileira.

Em 1903, após tentativas de alienistas como Teixeira Brandão e Juliano Moreira, a primeira lei de assistência psiquiátrica brasileira foi aprovada: a Lei 1.132 de 22 de dezembro de 1903 (ibdem).

É no século XX, a partir de 1930, com uso de eletrochoque e lobotomia para acalmar os “doentes” mais agressivos, que a idéia de que haveria cura para as doenças mentais ganha mais força. Em 1950 surgem as primeiras medicações antipsicóticas, mas o modelo assistencial continuava sendo asilar. A partir da década de 60, hospitais particulares passaram a receber dinheiro do Governo para acolher pacientes psiquiátricos que não tinham condições de pagar por um leito particular. Porém, já na década seguinte começaram a aparecer as primeiras denúncias a esse sistema, que ficou conhecido como “a indústria da loucura”.

A tempo algumas idéias reformistas começaram a surgir, porém eram localizadas e não ganharam repercussão, sendo a internação em leitos psiquiátricos privados a principal forma de tratamento (Amarante, 2003).

Na década de 70 surge um movimento baseado na Psiquiatria Preventiva para modificar o paradigma manicomial vigente no Brasil. Este movimento teve como figura mais importante Luiz Cerqueira, que foi quem elaborou o Manual de Assistência Psiquiátrica. Em 1973 houve uma tentativa de redimensionar a assistência do âmbito privado para o público a partir da criação do Manual de Serviços para Assistência Psiquiátrica, que ressaltava a importância de serviços extra-hospitalares, da reinserção do louco na comunidade e do trabalho das equipes multidisciplinares. Porém, os serviços privados ainda continuaram sendo hegemônicos (ibdem).

Foi em 1978 que a história do Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira começou a se desenvolver, marcada por denúncias de profissionais e estagiários da situação dos internos dentro dos hospitais. Estas denúncias envolviam tanto agressão como mortes suspeitas. Além disso, os profissionais clamavam por melhores condições de trabalho. Tenório (2001, p. 30) chama a atenção para o fato de que neste momento “não se criticavam os pressupostos do asilo e da psiquiatria, mas seus excessos ou desvios”.

Diante deste contexto, em 1978, os profissionais iniciaram o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental reivindicando mudanças na forma de se relacionar

com a loucura, trocando a violência pela solidariedade e o confinamento pelo convívio social (Amarante, 2003; Tenório, 2001). Este movimento encabeçou movimentos que culminaram na Luta Antimanicomial.

Tenório (2002) afirma que o Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira foi marcado por dois acontecimentos que provocaram uma virada em sua ação: em 1987, no Rio de Janeiro, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental e durante esta Conferência os participantes decidiram realizar o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental⁷. Foi durante a I Conferência que se discutiu o processo de desinstitucionalização a partir da idéia de que para haver reforma era necessário “desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura” (*ibidem*, p. 35). Posteriormente é criado o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”. Como marco da luta, instituiu-se o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, data comemorada até os dias atuais.

A escolha do termo manicômio em detrimento de hospital psiquiátrico se deve ao fato de que, apesar do termo manicômio usualmente fazer referência ao manicômio judiciário, para os profissionais do movimento não havia distinção entre as duas instituições (*ibidem*).

O novo modelo de cuidado baseado nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica pretende que pessoas acometidas com transtornos mentais tenham a sua disposição novas formas de tratamento, tais como as equipes multidisciplinares para o acompanhamento terapêutico. Isso porque o processo de Reforma Brasileira, a partir da Luta Antimanicomial, percebe que não bastava criticar as formas tradicionais de tratamento, uma vez que seu aprimoramento não era interessante; o que se buscava eram novas formas, novos olhares, novos paradigmas em saúde mental (*ibidem*).

No âmbito das legislações também houve transformações. Em 1989 é apresentado o projeto de Lei 3.657/89 que ficou conhecido como Lei da Reforma Psiquiátrica. No entanto, esta lei feria interesses privados, uma vez que proibia a construção e contratação de leitos psiquiátricos pelo Estado e previa a criação de serviços não-manicomiais de atendimento. Talvez por isto esta lei tenha demorado

⁷ O primeiro foi realizado em São Paulo, no ano de 1979 e teve como fato importante o reconhecimento da necessidade inclusão de vários setores sociais na luta por reforma e a crítica ao modelo dos hospitais psiquiátricos.

tantos anos tramitando e somente em 6 de abril de 2001 que a Lei 10.216 tenha sido aprovada. Esta Lei foi uma das maiores conquistas do Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileiro e demonstra que um possível consenso acerca da necessidade de reestruturação do modelo de assistência à saúde mental no Brasil, pode ser alcançado.

Para Tenório (*ibidem*, p.37):

[...] deve-se notar que a transformação da assistência e mesmo do estigma social da loucura no Brasil deu-se de forma segura e constante, ainda que lenta, ao longo dos dez anos em que o projeto de lei tramitou sem ser aprovado.

A atual Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde prevê a extinção progressiva de leitos psiquiátricos e concomitantemente a criação de serviços substitutivos tais como Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), Residências Terapêuticas e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais, que estejam de acordo com o modelo extra-hospitalar. Apesar da redução de leitos dos Hospitais Psiquiátricos, os pacientes não ficarão desassistidos, pois as internações, quando necessárias, deverão ser feitas nos CAPS ou nos leitos dos hospitais gerais. Além disso, visa à implementação do Programa de Volta para Casa, que tem como objetivo reintegrar socialmente pacientes egressos de longa internação psiquiátrica e o pagamento de um auxílio-reabilitação social previsto na Lei 10.708 de 31 de julho de 2003, que institui o pagamento deste tipo de auxílio para usuários de saúde mental egressos de internações (Ministério da Saúde, 2003).

Os CAPS constituem um dos principais serviços substitutivos propostos pelo Ministério da Saúde. Foram criados, inicialmente, com a denominação de Núcleos de Atenção Psicossocial e regularizados pela Portaria GM 224/92. Este serviço serve como local de referência e tratamento no momento da crise ou em outras situações que envolva questões de saúde mental, tanto para usuários como para seus familiares. Seu objetivo é:

[...] oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e

comunitários. É um serviço de saúde mental criado para ser substitutivo à internações em hospitais psiquiátricos (Ministério da Saúde, 2004a, p.13).

Os CAPS possuem três modalidades: CAPS I, CAPS II e CAPS III, além dos CAPSi e CAPSad, que são modalidades específicas, divididos de acordo com a população e pelo grau de complexidade e diversidade das atividades terapêuticas de cada um. Assim, conforme ilustra o quadro 1:

Modalidade de CAPS por população					
	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSad	CAPSi
População	20.000 a 70.000 habitantes	70.000 a 200.000 habitantes	Acima de 200.000 habitantes	Acima de 100.000 habitantes	Acima de 200.000 habitantes

Quadro 1 – Modalidade de CAPS definida para cada população

Fonte: Ministério da Saúde, 2004a, p.19

Os CAPS I e II oferecem atendimento diurno para adultos e já o CAPS III, também para adultos, funciona 24 horas, ou seja, oferece tratamento diurno e noturno. Os CAPSi é responsável pelo tratamento diário de crianças e adolescentes com transtornos mentais e por fim, o CAPSad realiza atendimentos diário à população que possui algum tipo de transtorno decorrente do uso ou dependência de álcool e/ou drogas. Este CAPS possui uma especificidade: leitos para tratamento de desintoxicação (Ministério da Saúde, 2004a).

Cada um desses CAPS possui uma equipe específica como demonstra o quadro 2 abaixo:

Equipe mínima para cada tipo de CAPS	
CAPS	Equipe mínima
CAPS I	1 médico psiquiátrica; 1 enfermeiro; 3 profissionais de nível superior: psicólogos, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário para o projeto terapêutico; 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico

	administrativo, técnico educacional e artesanato.
CAPS II	1 médico psiquiátrica; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 4 profissionais de nível superior: psicólogos, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário para o projeto terapêutico; 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesanato.
CAPS III	2 médicos psiquiátricas; 1 enfermeiro; 5 profissionais de nível superior: psicólogos, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário para o projeto terapêutico; 8 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesanato.
CAPSi	1 médico psiquiátrica, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 4 profissionais de nível superior: psicólogos, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário para o projeto terapêutico; 5 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesanato.
CAPSad	1 médico psiquiátrica; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; 4 profissionais de nível superior: psicólogos, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário para o projeto terapêutico; 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesanato.

Quadro 2 – Equipe mínima necessária em cada tipo de CAPS
Fonte: Ministério da Saúde, 2004a, p.26

Já o Serviços de Residências Terapêuticas são moradias localizadas na própria comunidade “constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoa portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não” (Ministério da Saúde, 2004b, p. 6). Este serviço surgiu para atender uma grande demanda de

pacientes egressos de longa internação, que ao receberem alta após o fechamento de hospitais psiquiátricos, não contavam com o apoio familiar ou suporte de qualquer outra natureza. Para que a residência funcione efetivamente é necessário ter um suporte, que pode ser um CAPS ou outro serviço de atenção básica e que este suporte seja mantido, mesmo que ele mude de endereço. Além disso, a equipe deve voltar sua ação para a singularidade cada indivíduo e não apenas para o coletivo. Esta equipe por sua vez deve ser especializada para lidar com as demandas de cada morador, por isso, o cuidador tem um papel fundamental no acompanhamento do usuário.

É importante ressaltar que diferentemente dos CAPS, os SRTs não guardam proporção em relação ao número de habitantes, porém possuem 2 modalidades gerais de SRTs: SRT I e SRT II. A primeira, que é o tipo mais comum, tem como objetivo inserir os moradores na comunidade e deve analisar junto com eles a possibilidade de obter moradias definitivas na comunidade; já a segunda tem como público-alvo os idosos e/ ou dependentes físicos e seu suporte se baseia na readaptação dos moradores ao espaço residencial, uma vez que ficaram institucionalizados por longos anos e sua reinserção na comunidade (Ministério da Saúde, 2004b) . Apesar das SRTs do tipo II serem regulamentadas em Portaria e constarem no caderno de SRTs no Ministério da Saúde, ainda não existe nenhuma residência deste tipo em funcionamento.

Atualmente existem 256 SRTs funcionando em todo Brasil com 1.400 usuários morando. Porém, este número ainda é muito pequeno considerando que, segundo dados da Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde, 12.000 pacientes internados são potenciais moradores de SRTs (*ibidem*)

Como dito anteriormente, as políticas do Governo estão baseadas na redução de leitos psiquiátricos e por isso o Ministério da Saúde estabeleceu como padrão 0,45 leitos psiquiátricos por 1.000 habitantes. Atualmente, a distribuição de leitos psiquiátricos no Brasil (0,37 por mil habitantes) pode ser comparada a de países onde a reforma se encontra bem avançada, porém este dado esconde a desigualdade de distribuição de leitos psiquiátricos existente entre os estados brasileiros. A tabela 1 e o gráfico 1 abaixo ilustram esta situação:

Tabela 1 – Número de leitos por Região	
Região	Leitos Psiquiátricos
Norte	596
Nordeste	13.320
Sul	37.393
Sudeste	8.872
Centro-Oeste	3.479
Total	63.660

Fonte: DATASUS. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/cxuf.def>.
 Acesso em 16 out. 2005. 19:07

Leitos Psiquiátricos por mil habitantes por Estado da Federação

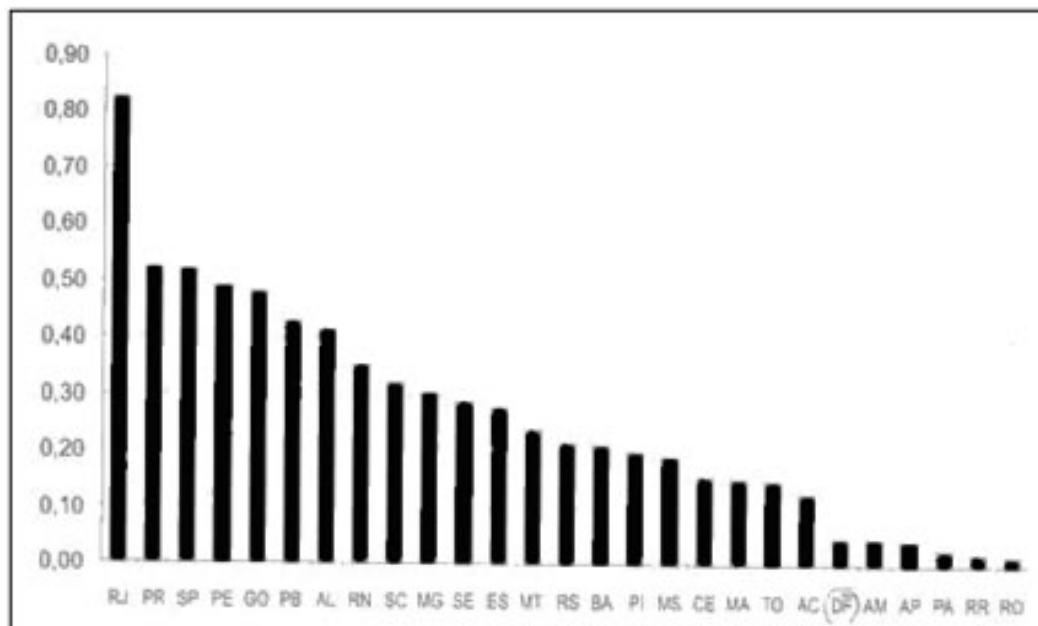


Gráfico 1 - Leitos psiquiátricos por mil habitantes.

Fonte: Relatório de avaliação de programa: Ações de Atenção à Saúde Mental: TCU, 2005, p. 33 – dados disponíveis em: Datasus

Desde 1996 houve uma grande redução dos leitos psiquiátricos, porém muitos pacientes asilados - que não possuem uma rede familiar de suporte e por isso ficam internados - ainda se encontram internados em hospitais psiquiátricos. O gráfico 2 mostra esta redução no número de leitos psiquiátricos desde 1996.



Houve também um incremento da rede assistencial extra-hospitalar, ou seja, serviços substitutivos, conforme gráfico 3 abaixo.

Evolução do número de CAPS no Brasil

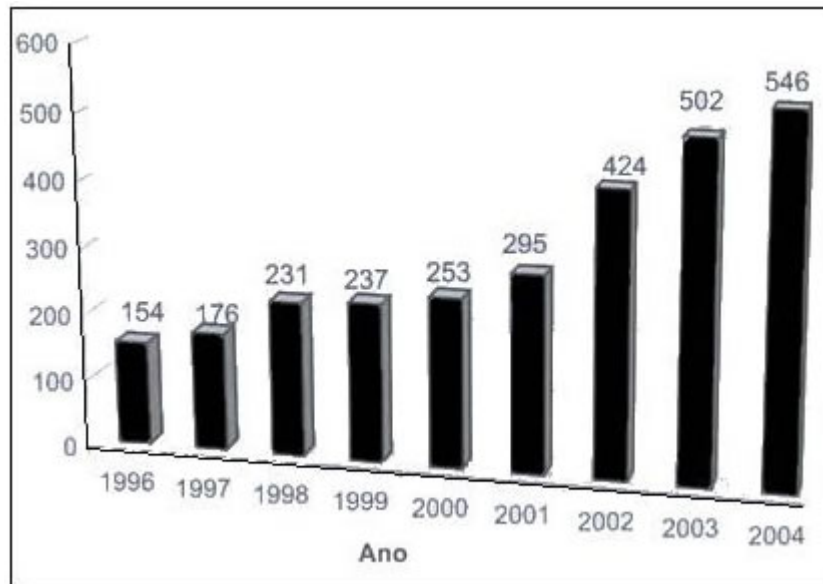


Gráfico 3 - Evolução no número de CAPS

Fonte: Relatório de avaliação de programa: Ações de Atenção à Saúde Mental: TCU, 2005, p. 34 – dados disponíveis em: www.inverso.org.br

E atualmente os serviços de CAPS se encontram disponíveis em vários estados brasileiros, como mostra a tabela 2 abaixo:

Tabela 2 – Distribuição de CAPS por Estados Brasileiros

UF	CAPS	CAPS/100000 hab
SE	13	0,704
RS	72	0,692
MT	17	0,653
SC	36	0,651
MG	85	0,463
RN	12	0,421
TO	5	0,414
RJ	60	0,407
AP	2	0,387
AL	11	0,381
CE	29	0,379
PB	13	0,372
SP	132	0,346
ES	11	0,344
MS	7	0,327
BA	40	0,3
PA	19	0,291

RR	1	0,288
PE	23	0,284
RO	4	0,279
PR	27	0,276
GO	14	0,269
AC	1	0,17
MA	9	0,155
DF	3	0,14
PI	4	0,138
AM	0	0
TOTAL	650	0,372

Tabela 2 – Distribuição de CAPS por Estados

Fonte: Disponível em: <http://www.inverso.org.br/blob/155.000%20habitantes.pdf> . Acesso em: 16 out.2005. 19:40.

Posto isto, pode-se concluir que o processo de Reforma no Brasil ainda não está totalmente consolidado, alguns municípios ainda não possuem os serviços substitutivos e continuam com um modelo hospitalocêntrico e o Distrito Federal é um exemplo desta situação.

Um Relatório divulgado pelo Tribunal de Contas da União (TCU, 2005) mostra alguns entraves para a implantação da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Em auditoria realizada em vários municípios brasileiros, foram diagnosticados vários problemas que vão desde o desconhecimento dos gestores sobre as políticas de saúde mental, até a falta de capacitação dos profissionais para atuar dentro do novo modelo de atenção à saúde mental. Quanto à reinserção do usuário na sociedade, foi identificado a falta de oficinas de geração de renda e a dificuldade do usuário de exercer atividade laboral fora do contexto do CAPS. Porém, um ponto positivo ressaltado pelo relatório é a satisfação dos usuários e seus familiares em relação aos serviços prestados pelos CAPS (*ibdem*).

No entanto, tais dados não podem ser interpretados como empecilho à implantação da Reforma e sim como pontos que merecem ser analisados e melhorados.

Para que o processo de Reforma se efetive em todos os estados brasileiros é necessário, além de empenho político dos gestores estaduais e municipais, uma melhora na eficiência da rede extra-hospitalar, bem como estender a implantação destes serviços, além de uma articulação do Ministério da Saúde com outras instâncias do Governo, como por exemplo, Ministério do Trabalho, a fim de otimizar suas ações.

CAPÍTULO 3

FECHAMENTO DA CLÍNICA PLANALTO

*“Depois da porta, há um mundo”.
(Isaac – usuário de saúde mental)⁸*

Atualmente, o processo de Reforma brasileiro vem lutando pela superação do modelo hospitalocêntrico e por um tratamento mais digno aos usuários de saúde mental, promovendo sua inserção na sociedade.

Há muito o hospital psiquiátrico deixou de representar o importante papel de cura a que se propôs, tornando-se uma instituição que cronifica cada vez mais o doente e por isso, sua superação significa um passo importante na nova concepção de tratamento. Não raro, estas instituições são alvos de denúncias de maus tratos, agressões e abandono dos pacientes.

No Brasil, experiências institucionais inovadoras começaram a surgir a partir da década de 1980. Tenório (2001) cita duas situações que, a seu ver, são significativas neste sentido: O Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo; e a intervenção da Casa de Saúde Anchieta⁹, em Santos.

O Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira começou a funcionar em 1987 e é uma referência em cuidados para pacientes psiquiátricos, inspirando a criação de dezenas destes serviços em outras regiões.

O outro acontecimento data de 1989, ano da intervenção por parte da Prefeitura de Santos em um grande hospício privado e a substituição destes

⁸ Panfleto comemorativo da semana da Luta Antimanicomial de 2004

⁹ Seu fechamento será visto com mais detalhes no Capítulo IV

leitos psiquiátricos por serviços substitutivos, a partir da criação dos Núcleos de Atenção Psicossociais. Estes núcleos funcionavam 24 horas e serviam como referência para o usuário e suas famílias, em situações de crise ou para qualquer outra questão relacionada à saúde mental. Criaram-se também Lares Abridados para os pacientes egressos que não possuíam família ou condições de moradia e uma cooperativa de trabalho (Amarante, 1995).

Estas experiências motivaram várias outras experiências semelhantes em várias regiões do Brasil. Grandes hospitais foram fechados a partir de denúncias de maus-tratos, agressão, abandono, entre outras.

No Distrito Federal a história não foi diferente e contou com a participação e apoio de diversos setores sociais no fechamento da Clínica Repouso Planalto, após dezenas de denúncias de irregularidades. Então, no dia 20 de março de 2003 o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT) realizou uma intervenção na CRP_(a) e no dia 21 de março de 2003, a Diretoria de Vigilância Sanitária interditou a Clínica por falta de Alvará de Funcionamento e da Licença Sanitária.

Estes acontecimentos geraram um Relatório sobre a Intervenção do MPDFT na Clínica Repouso Planalto – CRP_(a) (2003) e todas as informações aqui relatadas estão baseadas nos dados contidos neste documento.

A Clínica Repouso Planalto, também conhecida como Clínica Planalto, era uma clínica de caráter privado e localizava-se em área rural, na cidade de Planaltina, no Distrito Federal. Esta clínica era a única no Distrito Federal que possuía convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS) para atender a população custeada por este Sistema.

Seu objetivo era prestar serviços médicos especializados em Psiquiatria. Para isto, contava com cento e doze leitos, sendo 70 para homens e 42 para mulheres, divididos em três alas (A, B, C) para pacientes oriundos do SUS e 40 leitos para ambos os sexos, destinados à pacientes de convênio ou custeados pela própria família (Ala D). Segundo o Relatório sobre a Intervenção do Ministério Público do Distrito Federal na Clínica Repouso Planalto (2003), a Ala D possuía instalações físicas de qualidade superior, com quartos para, no

máximo, duas pessoas e com banheiro privativo. Esta ala contava ainda com uma ampla área de lazer e refeitório separado.

O acompanhamento da Clínica Repouso Planalto pelo MPDFT, através da Promotoria de Defesa da Saúde (PROSUS), começou no dia 18 de setembro de 1998, com uma visita para averiguar o tratamento dispensado aos pacientes do SUS e acompanhar a internação de um paciente que vinha sendo acompanhado por esta Promotoria.

Em 14 de dezembro do mesmo ano, a PROSUS voltou à Clínica para uma visita de fiscalização e constatou “deficiências estruturais, técnicas e profissionais no atendimento aos pacientes” (Relatório sobre a Intervenção do MPDFT na Clínica Repouso Planalto, 2003)¹⁰.

No ano de 1999, as primeiras denúncias de maus tratos começaram a ser investigadas.

Várias visitas foram realizadas pela PROSUS entre os anos de 2000 e 2002, com destaque para visita realizada no dia 21 de março de 2002, com vários segmentos de defesa dos Direitos Humanos para inspecionar os serviços em saúde mental oferecidos pela Clínica. Neste momento, a falta de condições estruturais e profissionais mais uma vez ficou evidente.

A Clínica estava sendo acompanhada também pelo Núcleo de Inspeção de Planaltina da Diretoria de Vigilância Sanitária que no dia 10 de maio de 2001 emitiu um Laudo Técnico Pericial sobre problemas relativos a recursos humanos, medicação, equipamentos e instalações físicas.

Além das visitas para investigar questões técnicas, a PROSUS iniciou vários procedimentos administrativos, tais como Reclamação/Representação e Procedimentos de Investigação Preliminar, após denúncias de maus tratos por parte dos funcionários a pacientes da Clínica Planalto. Estas denúncias aconteceram principalmente no ano 1999 e algumas foram encaminhadas para investigação criminal pela Promotoria de Justiça de Planaltina. No entanto, existiu uma dificuldade em dar continuidade em alguns procedimentos, uma vez

¹⁰ Por se tratar de um documento não paginado não será possível fazer referência às páginas quando houver citações literais.

que as agressões foram atribuídas a brigas entre pacientes dentro da Instituição.

Um procedimento realizado pela PROSUS merece destaque por envolver várias instâncias na investigação de irregularidades no funcionamento da Clínica Planalto. A Representação/Reclamação nº 003316/02-5 (11/04/2002) foi iniciada a partir de um ofício da Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados, que pedia providências para o que havia sido constatado na visita realizada junto com representantes de várias entidades, entre elas o Conselho Regional de Psicologia (CRP_(b)):

[...] péssima alimentação e falta de balanceamento nutricional; falta de higiene; medicação (o mesmo medicamento para todos os pacientes); maus-tratos; falta de água potável; falta de recursos humanos; falta de atividades ocupacionais; falta de vestuário adequado; extintores de incêndio em números insuficientes; disparidade de tratamento entre os pacientes particulares e do SUS; não cumprimento da Lei nº 10.216/2001; má gestão dos recursos públicos; má triagem/seleção de pacientes. (Relatório sobre a Intervenção do MPDFT na Clínica Repouso Planalto, 2003).

Além da Promotoria de Saúde, outras instituições também estavam investigando infrações cometidas pela Clínica Planalto. Entre estas instituições estão o Tribunal de Contas do Distrito Federal, o Conselho Regional de Enfermagem do DF, o Corpo de Bombeiro Militar do DF, Conselho Regional de Psicologia do DF e Gerência de Fiscalização da Diretoria de Vigilância Sanitária do DF.

Porém, apesar de todos os procedimentos e exaustivos relatórios de várias instâncias fiscalizadoras de saúde pública, os problemas na Clínica Planalto persistiram. Por isso, no dia 17 de fevereiro, Promotores Criminais das Promotorias de Justiça de Planaltina decidiram convocar uma reunião com intuito de organizar um Grupo de Trabalho para investigar, dentro das atribuições do Ministério Público, irregularidades no funcionamento da Clínica e promover soluções definitivas para os problemas encontrados. Nesta reunião ficou decidido que, apesar de investigações que envolvam saúde mental serem de responsabilidade da PROSUS, a investigação da Clínica Planalto ficaria a

cargo da Promotoria Criminal de Defesa dos Usuários dos Serviços de Saúde – Pró-Vida.

Este Grupo deveria localizar todos os documentos referentes à Clínica Planalto nas 6 Promotorias¹¹ que estavam participando do caso. Entre os inquéritos foi verificado que existiam:

(a) denúncias de pacientes desaparecidos que são sepultados como indigentes – quando encontrados mortos, (b) vários processos nos quais as pessoas foram encontradas mortas ou nunca encontradas, (c) várias ações ajuizadas por familiares de pacientes que receberam indenização por dano moral da clínica. (Relatório sobre a Intervenção do MPDFT na Clínica Repouso Planalto, 2003).

Após todas as investigações e apurações, ficou acordado entre o Grupo de Trabalho que iria ser realizada uma fiscalização na Clínica Repouso Planalto no dia 20 de março de 2003¹². A equipe que participou deste processo foram: cinco Promotores, cinco Médicos, quatro Psicólogos, uma Assistente Social e cinco estagiárias de Serviço Social, uma Nutricionista, um Cirurgião-Dentista e vários representantes de instituições de saúde, como o Diretor do Hospital São Vicente de Paulo, Diretor do Instituto de Saúde Mental e Diretor do Hospital de Planaltina. No dia 20 de março de 2003 a Clínica foi fechada.

Nos relatórios que seguiram o processo de fechamento, ficou evidente que o tratamento dispensado aos pacientes do SUS era inferior ao dado aos pacientes particulares ou de convênios.

Um dia após o fechamento, a Secretária de Saúde do DF foi convidada para uma negociação, que gerou a criação de uma equipe multiprofissional para avaliar a situação médico e social dos pacientes que não haviam sido buscados pelas famílias. Esta equipe multidisciplinar gerou mais tarde um dos poucos serviços substitutivos do Distrito Federal, o Programa Vida em Casa, do HSVP.

¹¹ Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde – PROSUS; Promotoria de Justiça de Defesa do Idoso e do Portador de deficiência – PRODIDE; Promotoria de Justiça de Defesa do Cidadão – PROCIDADÃ; Promotoria de Justiça de Defesa dos Usuários do Serviço de Saúde – PRÓ-VIDA; Promotoria de Justiça de Fundações e Entidades de Interesse Social do DF – PJFEIS; Promotoria de Justiça de Planaltina – PJP.

¹² Termo de Interdição nº 51128 de 20/03/2003 da Vigilância Sanitária do DF

Finalmente, nos dias 1 e 2 de abril de 2003, dos 113 pacientes internados na Clínica e que eram custeados pelo SUS, 60 foram removidos para outras instituições de saúde: 25 para o Hospital São Vicente de Paulo, 25 para o Instituto de Saúde Mental e 10 para o Hospital de Base; os demais receberam alta e voltaram para casa assim como os 40 pacientes de convênio ou os custeados pela própria família. A partir do dia 03 de abril de 2003 já não havia mais nenhum paciente na Clínica Repouso Planalto.

CAPÍTULO 4

REFORMA PSIQUIÁTRICA NO DISTRITO FEDERAL:

ANTES E DEPOIS DO FECHAMENTO DA CLÍNICA REPOUSO PLANALTO

*“Por uma sociedade sem manicômios”
(Slogan da Luta Antimanicomial)*

O fechamento de hospitais psiquiátricos deve ser acompanhado da criação de serviços substitutivos, que articulados entre si, possam promover para os usuários e seus familiares, uma forte rede assistencial em saúde mental, possibilitando a reinserção de pessoas em sofrimento psíquico na sociedade. “A política de desospitalização opera em duas vertentes: na diminuição do número de leitos em hospitais psiquiátricos e na ampliação da rede extra-hospitalar” (TCU, 2005, p. 35).

A partir da década de 90, principalmente entre os anos de 95 a 98, o DF foi palco de tentativas de superação do modelo asilar e a partir da reformulação em algumas instituições de atendimento psiquiátrico, procurou avançar com a Reforma Psiquiátrica. Porém, a criação e a manutenção dos serviços dependem de vontade política e com a mudança de governo ocorrida em 1998, algumas destas novas propostas de atendimento foram abandonadas e as que permaneceram sofreram retrocesso significativo (França, 2001).

Historicamente, o Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) tem ocupado um lugar de referência em atendimento em saúde mental, sendo o responsável por mais de 80% da demanda do DF e Entorno (Lima; Silva, 2004).

O HSVP passou por reformulações que foram desde a substituição dos talheres de plástico pelos de metal, até a implementação do CAPS, passando pela inserção de serviços como atendimento de grupo de pacientes em uso de medicação, atendimento à familiares, atendimento à pacientes alcoólatras, hospital-dia, implementação de oficinas terapêuticas, criação de uma enfermaria de crise e implementação de um grupo de acolhimento. Porém, com a mudança na direção do Hospital, alguns serviços

deixaram de existir, enquanto que os que permaneceram não continuaram funcionando de forma efetiva (França, 2001).

Desde a criação do HSVP, em 1976, as práticas realizadas nesta instituição têm como objeto de intervenção a doença, baseadas na relação doença-cura. Suas atividades estão centradas no atendimento emergencial à crise, com características de instituição asilar (Lima; Silva, 2004).

Entretanto, mesmo com as tentativas internas de expansão do serviço, não se verifica caracterização dos princípios da Reforma Psiquiátrica, quando se analisa o conjunto de ações institucionais sob o enfoque do paradigma do modo psicossocial (ibidem, p. 592).

Assim, verifica-se que tanto no âmbito institucional como no social, o HSVP é reconhecido por atender as urgências de saúde mental, servindo como referencial aos outros serviços de saúde para atendimento em psiquiatria. Este fato se deve, em grande parte, a falta de outros tipos de serviços em psiquiatria no Distrito Federal que possam atender a grande demanda da região, ficando como única alternativa a internação.

Esse aspecto de tradição do HSVP como o lugar da urgência, implicitamente, traz o questionamento também em relação às outras unidades, contemplando principalmente o papel que vem ocupando no sistema de saúde e se elas estão criando mecanismos de intervenção transformadora na relação com o doente mental (idem, ibidem, p. 592).

Outra unidade de atendimento em saúde mental existente no DF é o Instituto de Saúde Mental (ISM). Criado em 1987, “nasceu” a partir dos ideais da Reforma e tinha como objetivo ser o pólo irradiador de práticas voltadas para reinserção do usuário na sociedade. Sua clientela é composta de pessoas em grande sofrimento psíquico, acima de 18 anos. Os serviços oferecidos por esta instituição são: hospital-dia, ambulatório, oficinas, CAPS e uma enfermaria com 16 pacientes oriundos da Clínica Planalto.

Apesar de ser um serviço substitutivo, o ISM também teve muitos de seus projetos inovadores abandonados. Ali foram construídos prédios que seriam as primeiras Residências Terapêuticas do Distrito Federal, mas em 1999, este projeto não foi levado a cabo (França, 2001).

Assim, verifica-se que no DF ações que visavam a superação do modelo asilar, centrado somente no paradigma manicomial da exclusão, não conseguiram ser levadas adiante e acabaram por se tornar experiências isoladas, sem grande repercussão. Isso se deve ao fato de que no DF, a idéia de Reforma veio vinculada a desospitalização sem a implementação de novos serviços de atenção em saúde mental (Lima; Silva, 2004).

Um exemplo expressivo desta idéia é o fechamento da Clínica Planalto. O impacto foi logo sentido, tanto pelos profissionais como pelos familiares e pelos próprios usuários.

No dia da fiscalização da Clínica não estava previsto seu fechamento, mas uma seqüência de fatos levou à intervenção. A remoção dos pacientes gerou um clima de incertezas entre as instituições, que tiveram de se adaptar o mais rapidamente possível, a esta nova demanda. Assim, tanto o Instituto de Saúde Mental como o Hospital São Vicente de Paulo, não contavam com dispositivos técnicos e até mesmo físicos para comportar estes novos pacientes.

O Instituto não dispunha de um serviço de internação, mas ainda sim recebeu 25 egressos da Planalto. O psicólogo e enfermeiro Edmar¹³ afirma que em 24 horas o Instituto teve que montar uma Enfermaria para atender os pacientes da Clínica Planalto: “Em 24 horas a gente conseguiu cama, roupa de cama, pijama, tanto é que no primeiro dia eles ficaram todos de pijaminhas amarelos”. Conclui-se então, que o impacto do fechamento da Clínica no Instituto foi a criação de leitos psiquiátricos em um serviço que tinha como objetivo ser o pólo irradiador de serviços substitutivos. Se não bastasse a ironia do ato dentro do próprio Instituto, há a ironia do ato por si só: o fechamento de leitos psiquiátricos acarretou a abertura de novos leitos psiquiátricos em uma instituição que acredita que a internação não é a única, nem a melhor forma de tratamento.

Atualmente, dos 25 pacientes removidos para esta instituição, 17 ainda encontram-se morando na enfermaria do Instituto de Saúde Mental e muitos deles não possuem sequer identificação. São pacientes abandonados por suas famílias e pela sociedade, uma vez que perante a Justiça eles não existem.

¹³ Entrevista em anexo

Esta é uma das maiores dificuldades encontradas no processo de desinstitucionalização: não há uma rede de serviços extra-hospitalares capaz de receber estes pacientes asilares, que por consequência de seu longo período de internação, perderam o contato com a família. Além disso, há uma carência de profissionais especialmente capacitados para promover estas desinternações (TCU, 2005).

À época do fechamento da Clínica Planalto, 25 pacientes foram transferidos para o HSVP. Ainda hoje, o HSVP encontra dificuldade para tratar alguns pacientes egressos da Planalto, uma vez que são pacientes sem referência familiar, assim como os que se encontram no Instituto. A assistência prevista para esses casos é os SRTs, mas na ausência desse serviço, o encaminhamento mais comum tem sido as internações prolongadas ou encaminhamento para Enfermaria do ISM em caráter provisório. O problema desses encaminhamentos é que eles acabam por perpetuar a lógica manicomial tão presente na assistência à saúde mental no DF e vão na contramão da Reforma, uma vez que não promovem a desinternação.

A relação que a instituição mantém com os usuários e seus familiares demonstra o tipo de concepção vigente naquele espaço e a relação do HSVP com sua clientela é a de reforçar que a instituição serve apenas para o atendimento no momento da crise, uma vez que não oferece condições para a continuidade do tratamento. Assim, uma vez medicado e estabilizado, o paciente é devolvido à família e deixa de ser responsabilidade da instituição. Porém, os familiares afirmam não ter condições de receber os pacientes em casa, uma vez que não possuem mecanismos para lidar com o sofrimento psíquico de seu ente. Esse despreparo familiar contribui para as constantes reinternações, gerando um desgaste familiar, além de comprometer a adesão do próprio usuário ao tratamento. É justamente neste momento que a instituição deve agir, ensinando às famílias formas mais saudáveis de lidar com o usuário no ambiente familiar, proporcionando uma melhor qualidade de vida (Lima; Silva, 2004).

O Programa Vida em Casa nasceu justamente com este propósito. Após o fechamento da Clínica Planalto, muitos pacientes voltaram a residir com suas famílias, que, por conta do despreparo, buscavam atendimento no hospital. Com isso, o HSVP viu sua demanda aumentar significativamente, uma vez que egressos da Planalto

tinham como característica serem pacientes crônicos, com altos índices de internação freqüente (Projeto Programa Vida em Casa, 2004). O Programa é pioneiro no Distrito Federal e é formado por uma equipe multidisciplinar que tem como objetivo prezar pela continuidade do tratamento oferecido no hospital e proporcionar meios para que esses usuários possam voltar a conviver em sociedade, afinal passaram longos anos de suas vidas internados (*ibidem*). Segundo a Assistente Social Anunciação, coordenadora do Programa, este é o único serviço no Distrito Federal que atende aos princípios da Reforma.

Como estagiária do Programa, observo que tanto as famílias como os usuários se beneficiam deste tipo de atendimento. As famílias porque aprendem não só a lidar, mas a entender o sofrimento psíquico de seu familiar. O usuário por sua vez, ganha qualidade de vida, pois o índice de reinternação diminui bastante. Além disso, o usuário deixa de ver o hospital apenas como o lugar de internação e passa a entender que a equipe multidisciplinar pode ser uma referência em vários momentos de sua vida. Isto tem aumentado a adesão ao tratamento, até porque uma das queixas das famílias é a dificuldade de se locomover até o hospital para receber tratamento e as visitas domiciliares contribuíram para minimizar esta dificuldade.

Em suma, o fechamento da Clínica Planalto criou uma situação social no Distrito Federal. A falta de serviços substitutivos gera um sentimento de desassistências nas famílias, que sem recursos, não encontram outro meio que não o da internação para o tratamento de seus familiares. Isso acaba por perpetuar a lógica manicomial tão presente na assistência em saúde mental da capital do país. Além disso, o fechamento de leitos psiquiátricos sem uma política prévia de criação de serviços substitutivos, acabou por criar novos leitos psiquiátricos. Os profissionais do Instituto de Saúde Mental, por exemplo, são obrigados a conviver com a dicotomia entre a prática e a realidade: enquanto lutam pela desistucionalização são obrigados a conviver com uma enfermaria que institucionaliza os pacientes.

Como afirma, em depoimento, a psicóloga Elisa Midori¹⁴:

¹⁴ Todas as entrevistas se encontram em anexo

Então, se criou um problema para as famílias, que tiveram que administrar os pacientes, sem condições, famílias sem condições e sem condições também no sentido psicológico de administrar esses pacientes, pacientes que ficaram em situação social ruim porque não tinham pra onde ir. Então ficou aquele impasse dos 25 que foram pro ISM, dos quais permanecem hoje em dia 17 lá, esperando a criação de um programa de Residência Terapêutica, ficaram a cargo do Estado.

Aproximadamente, dois anos e oito meses depois, o Distrito Federal ainda espera a implementação da Política de Saúde Mental proposta pelo Ministério da Saúde. O HSVP continua sendo o centralizador dos atendimentos em saúde mental, chegando a realizar cerca de 2.000 atendimentos por mês (Plano Emergencial de Atenção à Saúde Mental para o Distrito Federal, 2005). Além disso, o único hospital geral que possui uma Unidade de Psiquiatria é o Hospital de Base, que realiza aproximadamente 1.238 atendimentos por mês. Estas duas instituições não dão conta da demanda e isso acaba prejudicando os atendimentos. Como consequência, cria-se um ciclo vicioso, pois, o paciente que não recebe tratamento adequado acaba entrando em crise, sobrecarregando a emergência do hospital, que por sua vez está tão sobrecarregada que não pode oferecer um tratamento de qualidade.

Lima; Silva (2004) apontam um dado importante para entrave da Reforma no DF. Em pesquisa realizada com técnicos mostra que um empecilho para o andamento da reforma é a dicotomia criada entre os profissionais de saúde: profissionais a favor x profissionais contra. Isso acaba criando uma discussão interna, dificultando o trabalho em equipe. Porém, os princípios da Reforma não devem ser esquecidos pelos atores deste processo, sejam eles profissionais, usuários ou familiares. Em momentos de transição como o que estamos vivendo, em que mudanças são necessárias para fortalecer a atenção a saúde mental, é importante que todos exerçam seus papéis sociais, cobrando do governo a superação do modelo hospitalocêntrico e implantação da rede assistencial à saúde mental.

É inegável que o fechamento da Clínica Planalto se fazia necessário, porém, o fechamento de leitos psiquiátricos sem a criação de novos serviços que possam efetivamente substituir a internação, bem como garantir a continuidade de tratamento, pode ser extremamente danoso, provocando inclusive iatrogênia¹⁵. É imprescindível

¹⁵ “Alteração danosa provocada no paciente por tratamento de qualquer tipo” (TCU, 2005, p. 42)

para o sucesso de qualquer política de desinstitucionalização a existência de uma rede de suporte.

No Brasil, há várias experiências que comprovam que o problema não está em retirar o paciente do asilo, mas sim na forma como isto é feito. Tomando o cuidado de fortalecer a rede assistencial, preparando a comunidade e as famílias para receber os egressos, diminui-se, em muito, a possibilidade de impactos tão forte quanto o causado no Distrito Federal.

A título de exemplo, retomarei a experiência de Santos. Sua escolha se deve ao fato desta instituição se assemelhar com a Clínica Repouso Planalto.

Inaugurada em 1945, A Casa de Saúde Anchieta sempre foi “vítima” de histórias dos horrores que aconteciam atrás daqueles muros. Matos (2004) chega a comparar a situação vivida ali à dos campos de concentração, onde a fome, os maus-tratos, a tortura e as mortes, “fabricavam” loucos, “se aniquilava e matava a vida e o futuro de gente como a gente” (Matos, 2004, p.22).

A Anchieta, assim como a Clínica Planalto, era uma clínica particular contratada e financiada pelo poder público para receber pacientes do SUS. Sua intervenção, em 1989, foi motivada por inúmeras denúncias de maus-tratos, óbitos e abandono de pacientes, além da superlotação.

O fechamento deu início ao Programa de Saúde Mental de Santos, que teve como eixo principal a implantação dos Núcleos de Atenção Psicossociais em uma rede assistencial consolidada. Assim, a experiência de Santos teve duas características marcantes: “a criação de uma rede de serviços alternativos ao manicômio e a construção de uma atitude nova da sociedade em relação aos doentes mentais” (Tenório, 2002, p.38). Sua importância está no fato de que “possibilitou um processo inédito em que foram criadas as condições para a implantação de um sistema psiquiátrico completamente substitutivo ao modelo manicomial” (Amarante, 2003, p. 47).

Este exemplo demonstra que é possível se fechar leitos psiquiátricos e mesmo assim garantir a qualidade no tratamento de transtornos mentais.

Posto isso, pode-se concluir que a Reforma no Distrito Federal é possível. Mas como seria essa implantação?

Segundo dados do Ministério da Saúde (disponível em <http://www.inverso.org.br>), o Distrito Federal possui atualmente três CAPS, sendo um CAPS I, localizado na cidade Riacho Fundo, no ISM; um CAPSi, o COMPP, localizado em Brasília e um CAPSad, localizado no Guará. Não há nenhum serviço de Residências Terapêuticas.

O quadro abaixo faz uma relação entre os serviços disponíveis no DF e os que ainda precisam ser criados.

Relação de serviços existentes e os existentes			
Regiões Administrativas	População	CAPS não existentes (quantidade e tipo)	CAPS existente
RA 1 Brasília	198.422	1 CAPS II 1 CAPSad	1 CAPSi
RA 2 Gama	130.580	1 CAPS II 1CAPSad	
RA 3 Taguatinga	243.575	1 CAPS III 1 CAPSi Pelo menos 1 CAPSad	
RA 4 Brazlândia	52.698	1 CAPS I	
RA 5 Sobradinho	128.789	1 CAPS II 1 CAPSad	
RA 6 Planaltina	147.114	1 CAPS II 1 CAPSad	
RA 7 Paranoá	54.902	1 CAPS I	
RA 8 Núcleo Bandeirante	36.472	1 CAPS I	
RA 9 Ceilândia	344.039	1 CAPS III Pelo menos 1 CAPSi Pelos menos 1 CAPSad	
RA 10 Guará	115.385	1 CAPS II	1 CAPSad

RA 11 Cruzeiro	63.883	1 CAPS I	
RA 12 Samambaia	164.319	1 CAPS II 1 CAPSad	
RA 13 Santa Maria	98.679	1 CAPS II	
RA 14 São Sebastião	64.322	1 CAPS I	
RA 15 Recanto das Emas	93.287	1 CAPS II	
RA 16 Lago Sul	28.137	1 CAPS I	
RA 17 Riacho Fundo	41.404	1 CAPS I	Já existente
RA 18 Lago Norte	29.505	1 CAPS I	
RA 19 Candangolândia	15.634	1 CAPS I	

Quadro 3 – Relação de serviços existentes e os não existentes no DF que possam cobrir a rede de atenção à saúde mental.

Fonte: dados populacionais disponíveis em: <http://www.distritofederal.df.gov.br>. Acessado em 11 de out. 2005.

Para que a Reforma se consolide no DF é necessário ainda a criação de Residências Terapêuticas que atendam principalmente os pacientes da Enfermaria do Instituto, conforme discutido no capítulo anterior. Segundo o Plano Emergencial de Atenção à Saúde Mental para o Distrito Federal (2005), existem hoje 64 pacientes, incluindo dos pacientes do Instituto, em condições de irem para os SRTs, sendo necessário, portanto, a criação de 8 residências, uma vez que cada uma pode comportar no máximo, 8 moradores.

Além disso, é necessário aumentar o número de pacientes que recebem o benefício “De Volta para Casa”, pois segundo dados do Datasus apenas três pacientes atualmente são contemplados com este benefício. Para isto, porém, é necessário que as instituições responsáveis forneçam as estatísticas dos potenciais beneficiários.

É importante ter em mente que as ações em saúde mental dependem da ação dos profissionais, pois a relação profissional-usuário é fundamental para o processo de adesão ao tratamento. Por isso, é necessário investir em treinamentos para os profissionais de saúde mental, uma vez que o DF vem de uma longa tradição hospitalocêntrica e por isso seria necessário capacitar os profissionais para uma nova forma de atuação terapêutica.

É de suma importância ainda que haja a criação de mais leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais, considerando que este serviço é muito importante para promover a inclusão do usuário na rede de saúde de atenção básica, além de promover uma desmistificação do transtorno mental tanto na sociedade quanto nos profissionais de saúde.

Por último, é necessário que os gestores se sensibilizem para a importância da implantação de serviços extra-hospitalares e procurem se inteirar de toda legislação que normatiza a criação de tais serviços.

CONCLUSÃO

*“Dizem que sou louco por pensar assim”
(Mutantes – Balada do Louco)*

O objetivo desta monografia foi analisar os principais impactos do fechamento de uma clínica privada no DF que recebia dinheiro do governo para atender pacientes do SUS - a Clínica Planalto - não se tomando o cuidado de criar, concomitantemente, uma rede assistencial com vários serviços substitutivos que garantam a continuidade do tratamento e sirvam como uma alternativa à internação.

Partindo dos princípios da Reforma Psiquiátrica, pode-se concluir que a redução de leitos psiquiátricos no DF foi feita de forma intempestiva e isso gerou questões sociais que permanecem até os dias atuais.

Um dos principais pontos defendidos pela Reforma Psiquiátrica é o reconhecimento do louco enquanto sujeito e principalmente enquanto cidadão de direito. Há um grande anseio para que a imagem do louco, cristalizada sob o paradigma da doença, seja efetivamente superada e que este possa voltar a conviver em sociedade, reconhecido por suas habilidades reais e não como doente mental.

A idéia da desinstitucionalização é a principal bandeira para que este objetivo de reinserção social seja alcançado. Por isso, esta idéia vem sendo defendida com afincamento pelo governo, porém não se deve esquecer que a desinstitucionalização tem como base dois princípios norteadores: fechamento de leitos psiquiátricos e criação de serviços substitutivos. Esquecer disso é levar qualquer política de desospitalização ao fracasso.

Os principais serviços substitutivos defendidos pelo governo são os CAPS e as Residências Terapêuticas, ambos vinculados ao Programa de Volta para Casa.

A Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal teve como eixo principal a desospitalização, ou seja, redução de leitos psiquiátricos. Porém, estas reduções não vieram acompanhadas de uma política de implantação de serviços substitutivos que pudessem funcionar como uma alternativa à internação e garantir o acompanhamento dos usuários durante seu tratamento.

Em suma, os principais impactos decorrentes do fechamento são: sentimento de desassistência por parte dos familiares; alto índice de reinternações dos usuários que voltaram para casa, uma vez que os familiares não sabem como cuidar deles e não conhecem outra forma de tratamento que não a internação; aumento de leitos psiquiátricos, uma vez que foi necessário criar uma Enfermaria no ISM para abrigar os egressos da Planalto que não possuem suporte familiar; inchaço no único serviço de referência em psiquiatria no DF, o HSVP e consequentemente, iatrogênia do tratamento, pois não é possível continuá-lo ambulatorialmente devido a grande demanda, além de questões sociais dos pacientes que não possuem suporte familiar, mas não estão no ISM e o DF não dispõe de SRTs para abrigá-los.

É bem verdade que os objetivos da Reforma não se reduzem a reformulação das técnicas, humanização dos serviços, nem a simples construção de novos serviços, pois um serviço substitutivo pode funcionar como manicomial dependendo do paradigma vigente. Por isso, os princípios éticos da Reforma implicam em inclusão, solidariedade e cidadania (Amarante, 2003).

A criação dos serviços substitutivos é importante à medida que buscam justamente esta inclusão social, uma vez que estão inseridos na comunidade, além de promover uma continuidade ao tratamento e servir como referência para o usuário e seus familiares.

Segundo dados do Ministério da Saúde, o Distrito Federal possui atualmente três CAPS, sendo um CAPS I, ou seja, atende uma população de 20.000 a 70.000 habitantes, localizado no ISM (Riacho Fundo) e um CAPSi, que seria um CAPS para adolescência e infância, o COMPP (Brasília), além do CAPSad, para dependentes químicos e alcoólatras, localizado no Guará. Não há nenhum serviço de Residências Terapêuticas, que atendam principalmente os pacientes egressos da Clínica que não possuem suporte familiar e que se encontram internados na Enfermaria do ISM desde o fechamento da Clínica.

Na tentativa de melhorar a situação no Distrito Federal, foi criado no HSVP o Programa Vida em Casa, que tem como objetivo prestar atendimento psiquiátrico domiciliarmente, com prioridade para pacientes egressos da Planalto, a fim de diminuir o alto índice de internações constantes. Este projeto tem contribuído para minimizar o

sentimento de desassistência experimentado pelas famílias à medida ajuda na conscientização de que a internação é apenas uma modalidade de tratamento e não a única.

Pode-se afirmar que os ideais da Reforma são colocados em prática apenas por alguns profissionais e com isso, as experiências se tornam isoladas, sem força suficiente para gerar um sentimento “reformista” nos demais profissionais, pois fica caracterizada como uma ação pessoal e individual.

Para terminar, pode-se afirmar que há muito a ser feito, mas várias experiências têm demonstrado que é possível. O fechamento da Clínica Planalto se fazia necessário, uma vez que representava o último baluarte da indústria da loucura existente no DF, porém este fechamento não foi feito de forma consciente. Acredito que os impactos não foram previamente analisados e os serviços de saúde do DF e os familiares não estavam preparados para receber os pacientes egressos da Clínica. Isso gerou uma questão tanto social como política.

Atualmente, muito se tem feito para tentar reparar os danos na saúde mental, mas tem sido muito difícil convencer o governo a dar andamento ao processo de Reforma Psiquiátrica no DF. Porém, é necessário também que os profissionais estejam preparados para atuar dentro desta nova realidade e que não percam nunca a noção do seu papel social nesse processo. Além disso, é importante ter em mente que a Reforma Psiquiátrica é um movimento social e, para tanto, precisa contar com o apoio de todas as camadas da sociedade para continuar existindo. Talvez, uma das primeiras coisas a serem feitas é conscientizar a população de que a loucura é um problema de todos e não só dos profissionais de saúde e dos familiares dos pacientes.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. *Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância*. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.

BASAGLIA, Franco. (Org.). *A Instituição Negada - Relato de um Hospital Psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

BAUM, William. M. *Compreender o Behaviorismo*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul, 1999.

BICHUETTI, Jorge. *Crisevida – outras lembranças*. Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Felix Guattari, 2000.

_____, *Lembranças da loucura*. Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Felix Guattari, 1999.

BRASIL. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. *Manual do Programa “De Volta para Casa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. *Relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Cosam/MS, 1994.

_____. *Residência Terapêutica: o que são, para que servem*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. *Subsídios a um plano emergencial de atenção à saúde mental para o Distrito Federal*. Brasília: Câmara Legislativa do DF, 2005.

CAMPOS, Florianita Coelho Braga. *O modelo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos*. 2000. 178f. Dissertação (Doutorado)-Universidade Estadual de Campinas, 2000.

FADIMAN, James. *Teorias da Personalidade*. São Paulo: Harbra, 1986.

FERNANDES, Daniel Augusto. *A cura da Loucura ou A Loucura da Cura: Psicanálise e o Movimento Antimanicomial*. Março, 2000. Disponível em: www.geocities.com/daftm/loucura. Acesso em 31 ago. 2005. 18:00.

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FRANÇA, Antônio Carlos. *Fundamentos para uma Clínica Ressocializadora: análise de experiência de Residência em Saúde Mental no DF*. 2001, 188. Dissertação (Mestrado). Universidade de Brasília. 2001.

FRAYSE-PEREIRA, João. *O que é loucura*. São Paulo: Abril Cultural/ Brasiliense, 1985.

FREITAS, Fernando Ferreira Pinto de. A história da psiquiatria não contada por Foucault. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, Rido de Janeiro, v.11, n.1, jan./abr. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702004000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 01 set. 2005. 10:00

HOLMES, David. *Psicologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed, 1997.

GDF. *Revista de Saúde do Distrito Federal*, Brasília, v.8, n.1. 1997.

KANTORSKI, Luciane Prado. A reforma psiquiátrica – um estudo parcial acerca da produção científica temática. *Revista eletrônica de enfermagem*. Goiânia, v. 3, n. 2, jul-dez, 2001. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista3_2/reforma.html. Acesso em 05 set. 2005. 15:30.

LIMA, Maria da Glória; SILVA, Graciete B. A Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 57, nº 5, set/out 2004.

MARX, Melvin.H. *et al. Sistemas e Teorias em Psicologia*. São Paulo: Cultrix, 2000.

MATOS, Paulo. *No Santos de Telma, a vitória dos mentaleiros: Anchieta, 15 anos*. Santos:Cegraf, 2004.

MPDFT. *Relatório sobre a intervenção do Ministério Público na Clínica Repouso Planalto – CRP*. Brasília: PROSUS, 2003.

NELLI, Marcos Alexandre Gomes. Figuras da loucura em Histoire de la Folie. *Psicologia em estudo*, Maringá v. 6. n. 2, jul/dez 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722001000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 01 set. 2005. 10:00.

NETO, João Daut d' Oliveira. *Memórias de um sanatório*. Rio de Janeiro: Litteris, 2003.

OPAS/OMS. *A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe*. Brasília: OPAS/OMS, 2004.

_____, *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Brasília: OPAS/OMS, 2001.

TENORIO, Fernando. Reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.9, n.1, jan./abr. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 16 set. 2005. 14:00.

VENETIKIDES, Cristiane. *et al. Saúde Mental em Curitiba*. Rio_de Janeiro: CEBES, 2003.

Viver Mente & Cérebro – Ed. Especial n. 1. São Paulo: Ediouro, 2005

ANEXOS

Entrevista com Edmar
Instituto de Saúde Mental

Elisa - Qual o impacto do fechamento da Clínica Planalto para a Reforma Psiquiátrica no DF?

Edmar – No Distrito Federal o impacto é grande porque é o fechamento da última clínica que nós tínhamos convênio, que era particular, dentro do Distrito Federal. Então isso só já é um grande impacto. A gente pode dizer que a Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal tá caminhando, ainda faltam algumas coisas a serem feitas agora, mas desfazer o que tinha que desfazer, já foi feito, que é o fechamento da clínica. Mas a gente ainda tem que pensar em construir os CAPS, que são Centros de Atenção Psicossocial, que não existem e as Residências Terapêuticas, se é que vão existir. Atualmente o nosso cenário é de acreditar que vai ser muito difícil ter uma Residência Terapêutica no Distrito Federal.

Elisa – Como foi o fechamento da Clínica?

Edmar – Começou um ano antes com a Comissão de Direitos Humanos da Câmara Federal que resolver nos convidar para acompanhá-los numa visita à Clínica porque eles sabiam que era um manicômio, que tinha aqui perto de Brasília, que eles queriam conhecer. Aí nós topamos e fomos. E aí foi feito um relatório, com fotos inclusive, do que a gente achou nessa visita e essas fotos e relatório foram encaminhados ao Ministério Público. Quando chegou ao Ministério Público abriu um processo de fiscalização e o Ministério Público nos solicitou também uma visita junto com eles naquela clínica e nós fomos novamente, uma segunda visita que nós fomos. Dessa vez foi o Movimento Pró-Saúde mental do DF e a OAB/DF também. Isso também gerou outro relatório. Depois nós fizemos uma terceira visita com a Comissão de Direitos Humanos da Câmara Legislativa do Distrito Federal, que na época era [...], ele também nos convidou e nós fomos de novo. Então teve várias visitas, isso gerou um processo no Conselho Regional de Psicologia, que foi aberto, e que gerou mais visitas ainda. Ao todo foram oito visitas por ano. Mas no primeiro ano a gente não conseguiu fechar.

Quando estava tudo pronto para fechar a Vigilância Sanitária recebeu uma ordem dizendo que ordens superiores diziam pra não fechar. Aí passou de um ano pro outro e a gente continuou com as visitas. Estava processo aberto na PROSUS e no Conselho e aí os familiares dos pacientes começaram a abrir inquérito na Pró-VIDA – Promotoria de Defesa do Usuários de Saúde, pelos desaparecimentos, pelos pacientes que morreram, pelas agressões, eles entraram lá pedindo indenizações. E eram muitas, 50,60 indenizações. Isso chamou a atenção do Promotor Diaulas Ribeiro para esta questão que estava acontecendo com a Clínica Repouso Planalto e ele ficou sabendo que já tinha um outro processo aberto na PROSUS, aí ele pediu cópia do processo. Quando ele viu o tamanho do processo e do que estava se tratando, eles resolveram que iam fazer uma devassa na Clínica e chamaram oito Promotores, esses oito Promotores chamaram depois a Vigilância Sanitária, Polícia Militar, Polícia Civil, pessoal de enfermagem, medicina, nutrição, psicologia e eu fui convidado: eu estava num barzinho com uma amiga minha, com o pessoal comemorando, aí eu recebo em telefone dizendo assim “você quer participar de uma devassa na Clínica Repouso Planalto?” e eu falei assim “Que dúvida, tô (sic) dentro!” e aí fui convidado e aceitei. No dia seguinte você tinha que estar em sigilo, na porta da Clínica, não podia falar nada pra ninguém. Quando eu olho, chega um ônibus cheio de gente. Desceu policial, desceu Promotor, desceu o pessoal da Comissão de Direitos Humanos, eu nunca vi tanta gente pra fazer uma devassa, tinha pessoal de medicina, de enfermagem, de psicologia. E aí a gente ia ficar mais ou menos três dias fazendo o trabalho da devassa. No primeiro dia então, acontece uma coisa extraordinária: cai uma tempestade, um pé d’água daqueles assim São Pedro tava em casa e resolveu lavar o chão, tudo em cima da Clínica. Chovia mais dentro da Clínica do que fora. O Promotor que ia ficar lá três dias já estava desesperado porque estava tomando um banho e era um banho assim: descia água pelas luzes, descia água pela lamparina, os banheiros alagaram. Então assim, começou a subir fezes junto com urina e aquela aguaceira toda e o povo tentava tirar a água e não conseguia tirar porque água entrava mais pra dentro da Clínica. Quanto mais chovia, mais a água entrava pra dentro da Clínica, molhava todas as camas, molhava tudo, molhava os Promotores todo, aí eles já estavam assim enlameados, encharcados e revoltados, quando um falou assim “Eu vou fechar essa porcaria aqui hoje”. Pegou o

telefone, ligou para imprensa e falou “Pode vir pra cá, que eu estou fechando a Clínica”. Então foi São Pedro que fechou a clínica porque São Pedro estava acordado aquele dia e mandou o maior pé d’água que eu já vi na minha vida. Foi o pé d’água que fechou a Clínica Repouso Planalto.

Elisa – Edmar, qual foi o impacto do fechamento da Clínica para o seu trabalho?

Edmar – O impacto foi imediato porque nós tínhamos os pacientes para tomar conta. A Clínica fechou, mas nós tínhamos que tomar conta dos pacientes. Então tinham 127 pacientes internados e a gente tinha que arrumar lugar para eles morarem. O Hospital de Base foi o mais esperto porque quando viu a notícia da intervenção começou a dar alta para todos os seus pacientes que estavam bons. Depois acho que deve ter dado pra todo mundo, mesmo para os que não estavam bons. Mas eles resolveram dar alta pra todo mundo e aí eles esvaziaram a enfermaria deles. Então eles tinham lugar para atender, então estava tranquilo. O São Vicente o Instituto ficaram... o Instituto ficou em cima do muro, do tipo isso não é comigo, não tenho nada a ver com essa história. Já o São Vicente se descabelou, arrancou todos os cabelos, não sabia o que fazer com toda demanda, queria abraçar todos os pacientes ao mesmo tempo. No final foram alguns pacientes para o São Vicente de Paulo, alguns para o Hospital de Base e para o Instituto foram os moradores, aqueles pacientes que não tinham família, não tinham ninguém por eles. Isso era o que a gente acreditava porque quando a gente viu na época, por ouvir falar porque na realidade a gente não conhecia os pacientes, depois que a gente passou a conhecê-los a gente viu que muitos deles tinham família inclusive. Mas esses pacientes chegaram ao Instituto bastante prejudicados. Então em 24 horas a gente teve que montar uma enfermaria, a gente não tinha uma enfermaria. Em 24 horas a gente conseguiu cama, roupa de cama, pijama, tanto é que no primeiro dia eles ficaram todos de pijaminhas amarelos. Nossa, fiquei horrorizado, pijaminha amarelo não. Aí a gente conseguiu roupa, o pessoal da Inverso, o Movimento Pró-Saúde Mental fez uma campanha, aí foi conseguir roupa. De lá pra cá não parou mais, o impacto é que o Instituto teve que construir uma unidade de internação, que não existia, e que ele nunca tinha lidado com isso porque ele já nasceu Hospital-dia e ele teve que fazer tudo isso em 24 horas. Em 24 horas estava tudo montado. Foi muito bem feito pela equipe de Enfermagem, a equipe assumiu, daí todo mundo colaborou,

teve gente que dobrou escala, teve gente que ficou não sei quantas horas a dever lá, tinha mais folga do que hora trabalhada por ter ajudado na montagem da clínica. Mas o principal é que desmonta-se o último elo da Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal manicomial, a gente acaba com o último manicômio no Distrito Federal. Então é o fim do manicômio no Distrito Federal, é o fechamento da Clínica Repouso Planalto, que entra para história da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Como que a gente fechou várias clínicas, não foi só essa, teve a São Judas Tadeu, teve São Miguel. E aí eles foram todos fechados antes, a Clínica Repouso Planalto é a última, é o bastião que faltava cair. É uma coisa difícil porque já tinha se tentado fechar antes e não tinha conseguido. A gente não acreditava que ia conseguir também, a gente tomou um susto que deu certo. Por isso eu acho que o próprio Diaulas Ribeiro não sabe como ele entrou pra história assim num momento crucial, tinha acabado de ser aprovado a Lei 10.216/2001 então a gente não pensava que ia acontecer uma coisa dessas, de repente vira essa bola de neve que a gente mexeu um ano antes.

Elisa – E sobre os pacientes, teve algum impacto?

Edmar – Sim, a princípio eles começaram a comer melhor. Eles tinham, segunda as nutricionistas, 500 kg/cal a menos do que deve ser preconizado pela Organização Mundial de Saúde. Isso quer dizer que eles estavam passando fome... passando fome, passando frio, com maus tratos. Tudo isso acontecendo e o Palácio do Planalto é logo ali *né* (sic)?! Não é longe não, é bem aqui pertinho, não precisa ir muito longe pra ver que ter fome, que tem loucura, que tem frio. Então assim, o Movimento Pró-Saúde Mental do DF se fortalece e o Conselho se sente muito orgulhoso por ter feito parte do fechamento da Clínica porque assim, são 32 anos. Esse pessoal faturou R\$ 35.000.000 em 30 anos. Dava pra você construir um hospital inteiro e mantê-lo durante muitos anos.

Elisa – Qual foi o impacto do fechamento da Clínica pra você?

Edmar – Eu comemorei porque eu conheci o Hospital São Vicente de Paulo por dentro e conheci também a Clínica Repouso Planalto por dentro. Passei por uma internação lá e sei o que é ser mau tratado, sei como eram os banhos, conheci uma menina que foi estuprada lá. Então assim, tem aspectos que são muito fortes porque eu passei por eles. Então assim, na vida pessoal foi um impacto forte porque eu queria que ela fosse

fechada porque eu tinha motivos pra que isso acontecesse. Na vida pessoal, eu tinha sido agredido lá na Clínica, já tinha sido amarrado, já tinha criado uma situação bem ruim lá. Então pra mim era uma unidade que merecia ser fechada, mas isso tinha quer ser feito com todo cuidado até por causa desse pré-requisito, tinha quer ser feito com todo cuidado pra não parecer apenas uma vingança ou parecer que era um abuso de autoridade ou alguma coisa do gênero, como até tentou se colocar na mídia no começo. Então a gente fez tudo dentro dos limites, dentro dos prazos, dentro dos prazos da Clínica, fizemos tudo dentro do que era mais ético e correto possível. Mas o mais importante é a questão histórica mesmo: fechou-se a última Clínica Repouso Planalto, a última clínica aqui do Distrito Federal e foi fechada, que ótimo. Isso era o que tinha que aparecer, que era o mais importante acontecido. E isso aconteceu.

Elisa – E o que falta mesmo é a construção de CAPS e Residências Terapêuticas?

Edmar - Isso

Entrevista com Elisa Midori Okamura
Psicóloga da PROSUS

Elisa – Quais as consequências do fechamento da Clínica Planalto para a Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal?

Elisa Midori – Existe o lado positivo e o lado negativo. O lado positivo é que se fechou uma clínica conveniada ao SUS, uma clínica privada que oferecia um serviço de qualidade péssima para os pacientes. O único problema é que a intervenção criou uma situação social, porque ela não foi feita em conjunto com a criação de serviços substitutivos para absorver esses pacientes que saíram da Clínica. Tinha que ter fechado a Clínica e concomitantemente já ter um lugar para os pacientes irem, seja ele atendimento em CAPS, em Residência Terapêutica. Não existia nenhuma outra estrutura substitutiva naquela época, como não existe até hoje. Então, se criou um problema para as famílias, que tiveram que administrar os pacientes, sem condições, famílias sem condições e sem condições também no sentido psicológico de administrar esses pacientes, pacientes que ficaram em situação social ruim porque não tinham pra onde ir. Então ficou aquele impasse dos 25 que foram pro ISM, dos quais permanecem hoje em dia 17 lá, esperando a criação de um programa de Residência Terapêutica, ficaram a cargo do Estado. Tiveram uma melhora porque foram melhores tratados.

Entrevista com Maria da Anunciação
Coordenadora do Programa Vida em Casa do HSVP

Elisa: Como é que nasceu a idéia do Programa?

Anunciação: A idéia do Programa foi com o fechamento da Clínica Planalto. E a idéia me deu já indo pra Clínica Planalto, fui convocada pela Secretária de Saúde pra selecionar os pacientes e fechar a clínica Planalto. Então quando eu estava indo, eu estava indo no carro da Secretária junto com outros profissionais: Denise, do Hospital de Base, assistente social, e outros psiquiatras, o Diretor aqui do São Vicente, o Cecílio, e o pessoal do Base e o Renato do Instituto. Então eu coloquei uma preocupação, que o Diretor aqui do São Vicente, o Crispim, colocou que o São Vicente não ia conseguir receber todo esse pessoal, além dos que tinham na Residência Terapêutica. Até aí, nessa ida, nem a Secretária de Saúde sabia pra onde iam os pacientes de Residência Terapêutica. Aí me deu uma idéia. A minha preocupação primeira foi com os familiares desses pacientes. Eu disse: “Gente, essas famílias vão surtar todo mundo, as famílias, os pacientes e o São Vicente não vai receber esse povo”. E os Residências Terapêuticas, o único local da Secretária de Saúde que tem pra ir provisoriamente, por três meses, enquanto vê uma Residência Terapêutica é o ISM. O São Vicente jamais. O Crispim estava indo representando o Secretario e anotou que seriam 22, 25 os pacientes da Residência Terapêutica, o Base faria avaliação de quem ia pro Base, quem vinha pra cá. Quando me veio essa preocupação, já me veio a idéia de atendimento em domicílio, com essas famílias, mas com equipe interdisciplinar. Aí eu coloquei que seriam importante que essas famílias tivessem atendimento no domicílio, reforço de como cuidar do paciente, com a terapeuta ocupacional, psicologia, serviço social também para agilizar os benefícios porque com certeza tinha paciente que não tinha nem documentação e não tinha e não tem até hoje. Aí o Crispim olhou pra mim e perguntou pra mim onde eu estava e eu

disse que estava no Base, ele pediu minha matrícula e disse: “Você tem alguma coisa contra você ir pro São Vicente” e eu disse: “ Não. Desde que eu vá pra coordenar esse programa, montar uma equipe, para trabalhar dessa forma com as famílias, eu vou pro São Vicente. Tem que ir pra lá porque lá que é referência psiquiátrica no DF, que vai ficar é o São Vicente. Aí ele anotou minha matrícula e a gente foi pra Clínica Planalto. Quando a gente chegou na Clínica Planalto tinha três ônibus pirata do lado de fora e eu disse assim: “Esses ônibus são com certeza pra levar os pacientes para o São Vicente. Quando nós entramos, estava o pessoal da enfermagem entrando e saindo e eu chamei um técnico de enfermagem e perguntei pra ele e ele disse “A gente está arrumando os pacientes pra colocar dentro do ônibus e soltar tudo lá no São Vicente”. A cozinha já estava fechada, não tinha alimentação e isso era umas 10:00 horas da manhã. Quando a gente chegou lá, se apresentou e quem recebeu a gente foi o advogado da Clínica. A Yeda (*diretora da Clínica*) estava lá pra dentro, a única médica que tinha na Clínica era a Yeda, o pessoal da enfermagem já estava indo embora e o pessoal da enfermagem também muito desorientado, como iam fazer porque não tinha sindicato pra orientar e eles estavam indo embora sem receber os direitos deles. E o advogado barrou, disse que a gente não ia entrar porque a Secretaria tinha um débito com a Clínica Planalto, estava devendo repasse de fevereiro e de dezembro, só ia entrar se o Crispim, que estava representando o Secretário, assinasse. Aí eu puxei o Crispim e disse que ele não assinasse porque não era o Secretário de Saúde. Aí ficou bate-boca, eu recuei, liguei pra Eva Faleiros (*Representante do Movimento Pró-Saúde Mental do DF*) e disse: “Você vai agilizar agora Direitos Humanos, Ministério Público, Sindicato e a Rede Globo e chegar aqui urgente”. Quando começou essa negociação, os ônibus foram embora, recuaram. Até aí a gente não tinha visto paciente, nós só fomos ver paciente quando chegou a imprensa, quando chegou tudo junto: Rede Globo com Ministério Público, Direitos Humanos. Quando eles chegaram, a Rede Globo já foi entrando, aí a gente entrou. Eu entrei com a Marlene, psiquiatra do Base e a Denise pra gente ver os pacientes que iam pro Base e a Dra. Dilma do Base. Aí a gente chegou e foi ver os pacientes e vimos

10 pacientes com questões clínicas muito sérias e tinham os pacientes de Residência Terapêutica que estavam num quartinho, tudo encolhidinho, no cimento frio. Até aí eles estavam com fome, não tinham tomado café. A Yeda sozinha, igual uma louca, não tinha remédio, não tinha prontuário, a gente começou a ver as fichas, aí chegou a assistente social que trabalhava lá, a Das Dores. Aí a gente se aliou a Das Dores, fomos pegar as fichas dos pacientes e imediatamente perguntei pra Yeda: “Tem paciente que tem condições de ir pra casa?” e ela “Dá...não estão muito bem mas dá”. Fizemos a remoção dos pacientes, ficou aquele tumulto e dois meses depois o Secretário me removeu pro São Vicente. Então eu tive muita força, o Diretor me entendeu o que era o Programa, me deu muita força. Quando eu cheguei aqui no São Vicente ele queria indicar as pessoas para trabalhar na equipe e eu disse que não, que gostaria de conversar com as pessoas e uma das exigências era que a residência médica entrasse na equipe para trabalhar no Programa e aí ele colocou os residentes e eu comecei a fazer contato e a gente conseguiu dois médicos, cada um 40 horas, e os residentes. Aí o Diretor criou um Edital e divulgou aqui no Hospital e os profissionais começaram a encaminhar pra o Programa, os pacientes crônicos realmente, as famílias começaram a me procurar e a gente começou a fazer o cadastro, começamos a ação. A equipe: o Mário, auxiliar de enfermagem, dois médicos e os residentes. A gente começou, questão foi tomando forma e aí começou a luta para oficializar o Programa, foi um ano. Quando o Programa foi oficializado, saiu a Portaria do Programa, nós já estávamos com um ano de trabalho. Nós começamos com 50 pacientes, aproximadamente, e hoje estamos com 280. Quando a gente começou, eu comecei essa preocupação da Psicologia cuidando das famílias porque tinha muitas demandas das famílias, questões psicológicas, eu percebia na família o adoecimento e foi quando a Simone (*psicóloga do HSVP*) se sensibilizou e começou a trabalhar esses dois grupos de família e houve um ganho muito grande. Outros ganho muito grande do Programa foi os estagiários da Psicologia do Ceub e da UnB, os estagiários de serviços social. Outra coisa muito boa para o Programa de imediato foi a bolsa De Volta pra Casa por que

como que a gente ia trabalhar essas questões de inserção social dos pacientes, dá uma força pra família, com um paciente muito dispendioso, muito adoecido,. Muitas famílias, a renda era só do paciente, a renda do BPC (*Benefício de Prestação Continuada do INSS*), que é um salário mínimo. E Aí a gente conseguiu essa bolsa e hoje tem 150 pacientes recebendo porque o Marden que era coordenador da Bolsa de Volta pra Casa, lá no Ministério da Saúde, foi quem deu toda uma abertura, a gente discutiu junto com a Eva Faleiros, fizemos um documento, defendemos a causa para os pacientes se beneficiarem porque os nossos pacientes atendidos pelo Programa não estão dentro do critério do que diz a Bolsa. A Portaria da Bolsa diz que é pra paciente com dois ou mais anos de internação sem interrupção e nossos pacientes moravam em manicômio, mas interrompia. Então nós fomos conseguindo esses benefícios e assim, outra coisa, porque o Programa, quando a gente começou, eu tinha dimensão de que ia ser dessa forma, assistência integral aos pacientes: questão de benefício, questão dos direitos deles, questão de interdição para paciente que precisava acessar um benefício, outros que não precisavam e a família querendo interditar. Então a gente foi intervindo em todas essas questões. Com o grupo de família da Simone, as famílias começaram a trazer outras questões e a Simone me passava quando precisava da gente entrar já em cheio. Eu sabia que a gente tinha que retomar a rede, a rede tá difícil do DF em relação à saúde mental, mas não tem como a gente não articular e uma coisa muito boa que o Programa teve é esse vínculo que a gente tem com a rede como Ministério Público, Direitos Humanos, Câmara Legislativa, IDhab (*Indicadores de Desenvolvimento Habitacional*), são instituições que estão acima, em nível macro, que o paciente pra acessar precisa ter essa ponte e essa facilitação. Isso eu consegui, eu tenho esse elo bom, com os próprios pacientes, a gente conseguiu muita coisa e a gente percebe que hoje também uma coisa muito boa é essa questão das Universidades está dentro da Instituição, esse elo porque eu sempre me preocupei com essas questões acadêmicas, nossa responsabilidade enquanto instituição de abrir a porta para o acadêmico. E isso é Reforma que está acontecendo. Tenho muita dificuldade aqui no Hospital porque o Programa

cresceu, nós temos um número de paciente grande, tem muitas questões, não é só o controle do surto, da medicação, a gente trabalha a família como um todo. Quando a gente começa a frequentar a casa da família, aí surge questões que você não tem como ficar ausente. Então é importante estar divulgando isso e incluindo pessoas que tem esse perfil pra trabalhar e eu me preocupo com isso porque nós profissionais e clientela da saúde mental já somos muito punidos, não tem Reforma então o profissional tem que ter a preocupação de como a gente vai chegar nessa família, de como a gente vai incluir essa família, como que a gente vai encaminhar essa família. Eu me preocupo com isso, a primeira abordagem com a família por elas serem muito adoecidas, quando ela vê um profissional na casa dela, ela automaticamente quer transferir toda responsabilidade pra gente porque a gente já sabe que o Estado está realmente ausente, mas a gente tem que trabalhar isso com muita estratégia com a família, porque a responsabilidade é de ambas as partes. Então temos que estar sempre falando pra família: “Nós estamos aqui para estar junto e não para fazer por você”. Mas eu acho que é um ganho grande pra Brasília, se não fosse o Programa essa clientela remanescente da Clínica Planalto, nós estaríamos muito pior, o São Vicente estaria muito pior. Sim, depois que nós começamos o Programa, é muito interessante, os pacientes muito crônicos da Psiquiatria e crônicos em relação clínica, tanto que já faleceram 6 pacientes atendidos pelo Programa e até hoje as famílias que tem paciente psiquiátrico, eles não dão conta de ir até o Centro de Saúde de referência primária, próximo à casa dele, até porque a equipe do Centro de Saúde não é preparada, eles não dão conta de receber clinicamente um paciente psiquiátrico. Então dentro da própria Secretaria, que é a nossa rede e nós poderíamos ter uma abertura, nós temos muita dificuldade. Outra dificuldade que a gente está tendo no Programa é porque não existe os serviços e nós temos uma demanda, dentro do Programa, um número de pacientes bastante significativo deficiente mental e não tem instituição que receba esses pacientes e a família fica muito adoecida sem condições de cuidar desses pacientes. Então a gente fica sobrecarregado, só tem o Mário, que é técnico de enfermagem, ele faz isso muito bem, a gente

sabe que ele tem um vínculo muito bom com os pacientes, mas assim tem coisas que a gente poderia estar presente, mas não está porque a gente não dá conta porque a demanda é muito grande. Então a saúde mental não avança em Brasília, a própria Secretaria é fechada para as questões da Reforma, os hospitais gerais não recebem. Com o Hospital de Base a gente tem uma dificuldade enorme quando encaminha paciente aqui do Programa ou mesmo da saúde mental do São Vicente com questões clínicas seríssimas a gente tem a maior dificuldade. Precisa da gente ficar pisando em ovos ou pedindo favor pro profissional lá pra continuar com o paciente, pra ver se o paciente faz os exames. Isso é muito estressante. Eu tenho certeza que o Programa é a única coisa que está acontecendo dentro da Reforma. Com todas essas dificuldades, é uma equipe que tem um perfil, a gente está com as portas abertas para as Universidades e cada dia está aprendendo. O que a gente tem que trabalhar com a família são os ganhos que a gente vai ter porque o que a família tem internalizado é só a doença, a cronicidade da situação. Então é difícil deles perceberem que a família melhorou, que teve ganho, então qualquer recaída, qualquer deslize vem tudo lá de traz: a doença, as coisas ruins, as internações, as agressões, tudo o que houve no período de crise. Mas eu acho que é um aprendizado, uma lição de vida pra nós profissionais, estagiários, pra quem for entrar na saúde. A minha proposta é assim: se mais na frente a gente continuar com o Programa, é da gente fazer um trabalho de formiguinha mesmo, de visita, de estar dentro das Instituições, de sensibilização das Instituições porque o próprio CDS (*Centro de Desenvolvimento Social*) a própria Secretaria de Assistência não conhecem esta questão de lidar com a saúde mental, de trabalhar essas questões entendeu. Então a gente tem muita dificuldade com todas as Secretarias, a partir da Secretaria de Saúde gente tem dificuldade, os Centros de Saúde... eu acho que precisa de uma equipe de saúde mental dentro desses Centros de Saúde, dentro dos hospital, junto com a equipe. Não é que a gente vai impor, mas estar junto com eles. Por exemplo, essa Família Saudável, acho que o Programa tem que estar logo junto com a Família Saudável porque a Família Saudável é quem vai fazer o papel que nós estamos fazendo com o

Programa. Então, a Família Saudável vai estar na comunidade, então nosso paciente está fora do surto, está controlado, está com todos os benefícios, é só acompanhamento e controle... Tem paciente que está na cama, temos paciente no Programa que não anda, totalmente dependente da família... Então, fazer um curativo, mudar a fralda, paciente está com escara, então quem vai fazer isso é a Família Saudável e nós estamos fazendo isso.

Elisa: Qual foi a consequência do fechamento da Clínica Planalto para a Reforma Psiquiátrica no DF?

Anunciação: Eu acho que houve uma precipitação do Ministério Público, do próprio Movimento (*Movimento Pró-Saúde Mental do DF*). Fechou a Clínica Planalto antes de se criar os serviços, pelo menos um serviço. Tinha que ter imposto isto, pelo menos criar um serviço, pelo menos uma Residência Terapêutica, um CAPS. Até agora foi criado um CAPSad, o único que foi criado, e mais nada. Os pacientes que foram para o Instituto, que eram de Residência Terapêutica, que eram pra ficar três meses, estão lá até hoje. Eu acho que houve muita consequência, não é que a Clínica Planalto não tinha que fechar, tinha que ter fechado há muito tempo atrás, só que não houve um planejamento. Esse lado de exigir da sociedade, de exigir da Secretaria de Saúde de se criar primeiro o serviço, pelo menos um CAPS e uma Residência Terapêutica eu acho que teria sido menos sofrido para a população de Brasília.

Elisa: E para as famílias também?

Anunciação: As famílias...foi muito sofrido. Por isso é que eu te digo, se não fosse esse Programa eu não sei como estava Brasília porque são 280 pacientes que tinham que estar internado aqui. E isso dobrado porque as famílias também não iam conseguir se virar. Então eu acho que teve consequência, teve avanços e teve consequência, lado bom e o lado ruim. É como o Bisol (*Dr. Jairo Bisol, Promotor de Justiça da PROSUS*) falou na Câmara Legislativa, ele falou que pedia desculpa à população de Brasília, às famílias, por essa precipitação que teve de não se criar os serviços antes de se fechar à Clínica Planalto. Tava ruim, tava; tinha que fechar, tinha, mas tinha que ter um planejamento antecipado.